

Hermanos de  
San Juan de Dios  
Barcelona

Año 46. Segunda época. Julio - Diciembre 1994  
Números 233-234. Volumen XXVI

#### CONSEJO DE REDACCIÓN

##### Director

MIGUEL MARTÍN

##### Redactores

MARIANO GALVE  
JOAQUÍN PLAZA  
CALIXTO PLUMED  
FRANCISCO SOLA

##### Administración

JOSÉ ANTONIO TORRE

##### Secretaría de Dirección

LOURDES COLL  
EDUARDO GARCÍA

#### CONSEJO ASESOR

FRANCISCO ABEL  
FELIPE ALÁEZ  
M.<sup>a</sup> CARMEN ALARCÓN  
MIGUEL A. ASENJO  
MANUEL CEBEIRO  
ESPERANZA CACHÓN  
ÁNGEL CALVO  
JESÚS CONDE  
RUDESINDO DELGADO  
JOAQUÍN ERRA  
FRANCISCO DE LLANOS  
PILAR MALLA  
JAVIER OBIS  
JOSÉ A. PAGOLA

#### DIRECCIÓN

Curia Provincial  
Hermanos de San Juan de Dios  
Carretera Esplugas s/n  
Teléfono 280 40 00  
08034 Barcelona

Publicación autorizada por el Ministerio  
de Sanidad como Sопorte Válido. Ref.  
SVR n.º 401.

ISSN 0211-8268

Depósito Legal: B. 2998-61

EGS - Rosario, 2. - Barcelona

## Sumario

I		
<b>EDITORIAL</b>		<b>168</b>
II		
<b>VALORACIÓN DE LA VIDA FINITA</b>		
II-1	Eficiencia en la atención sanitaria y libertad clínica Alan Williams	<b>170</b>
II-2	Valorando la vida humana en las políticas al servicio de la salud Gavin Mooney	<b>175</b>
III		
<b>CUIDADOS INTENSIVOS. PARADIGMA DE LAS DECISIONES VIDA / CALIDAD DE VIDA</b>		
III-1	Medicina de alta tecnología y subida de los costes sanitarios Eli Ginzberg	<b>182</b>
III-2	Uso de estrategias para unidades de cuidados intensivos Paul E. Kalb, M.D. y David H. Miller, M.D.	<b>186</b>
III-3	Unidades de cuidados intensivos, escasez de recursos, principios de justicia en conflicto H. Tristram Engelhardt, Jr., y Michael A. Rie, MD.	<b>196</b>
IV		
<b>EL RETO DE OREGÓN</b>		
IV-1	El Plan de Salud de Oregón Oregon Department of Human Resources Office of Medical Assistance	<b>203</b>
IV-2	Cuidando al infra-asegurado y al no asegurado. ¿Es justo el Plan de Racionamiento de Oregón? Norman Daniels, Ph.D.	<b>212</b>
IV-3	Audaz iniciativa de Oregón sobre Medicaid William B. Stason, MD. MS.	<b>218</b>

(Sigue)

## Sumario (Continuación)

IV-4	Calidad de vida en la asignación de recursos sanitarios Oregon Health Decisions	221
------	--	-----

V

### RESPUESTA DESDE HOLANDA

V-1	Opciones en la atención sanitaria	227
-----	-----------------------------------	-----

VI

### ÉTICA DEL RACIONAMIENTO DE LOS RECURSOS DE SALUD

VI-1	¿Justicia para todos? John E. Curley, Jr. U.S.	233
------	---	-----

VII

### VALORACIÓN DE LA VIDA TRASCENDENTE

VII-1	Científicos y médicos deben estar siempre al servicio de la vida	246
-------	---	-----

## EL HNO. PASCUAL PILES FERRANDO nuevo Superior General de la Orden Hospitalaria



El hermano Pascual Piles Ferrando ha sido elegido en el LXIII, Capítulo General de la Orden Hospitalaria, celebrado en Colombia, Superior General de la misma.

Ha colaborado con asiduidad en las páginas de LABOR HOSPITALARIA; como Superior Provincial, en su momento, fue su máximo responsable; pero, sobre todo, en él nuestra revista siempre ha tenido un amigo cercano que ha creído en el proyecto de vehículo de la cultura hospitalaria de la Orden que la misma significa.

*¡FELICIDADES, HERMANO PILES!  
Cuenta con nosotros.  
Nosotros, seguimos contando contigo.*



LABOR HOSPITALARIA y el INSTITUTO BORJA DE BIOÉTICA refuerzan de nuevo sus lazos institucionales con esta publicación conjunta. Al prepararlo teníamos dos objetivos:

- *Ofrecer a los no iniciados en la problemática sobre recursos limitados y justicia social, una base sólida para que, con relativo poco esfuerzo, puedan incorporarse al debate bioético de mayor trascendencia en la segunda mitad de esta década; en esta perspectiva hay que encuadrar los 5 artículos de los dos primeros capítulos de esta selección.*
- *Presentar a todos sus lectores y amigos el reto que ha supuesto la propuesta del Estado de Oregón de hacer participar a los ciudadanos en las opciones sanitarias.*

La puesta en práctica de estas decisiones se enfrenta a serios problemas como el gravamen proporcionalmente excesivo, en la limitación de recursos, que recae en la franja de población más necesitada. Por esta razón incluimos tres artículos críticos al plan de salud de Oregón. Para nosotros tiene gran interés la respuesta al reto de Oregón que dio el Comité Dunning de Holanda país que, a diferencia de los Estados Unidos, ofrece una cobertura sanitaria básica a todos los ciudadanos, a través del servicio nacional de salud. El sumario cuya traducción presentamos es el que puede ayudar a iniciar *nuestro debate*.

No hay duda alguna que el debate ético ha de inspirar, en línea de humanización, las opciones económicas y la necesaria jerarquización de valores en conflicto. Hay que confesar, sin embargo, que el necesario diálogo entre economía y bioética en la atención sanitaria es muy reciente y creemos que no ha superado todavía la etapa de indiferencia cuando no de descalificación mutua entre profesionales de la economía de la salud y los especialistas en ética.

Resulta todavía impensable para muchos que el imperativo ético del médico de hacer todo lo razonablemente posible por el paciente tenga que matizarse con otros conceptos como los de eficacia, efectividad y eficiencia que surgen en la aplicación de la economía al sector de la salud.

- *La eficacia hace referencia a la capacidad de una medida de intervención sanitaria para conseguir un determinado efecto.*
- *Por efectividad se entiende la capacidad de éxito real que tiene una medida de intervención sanitaria en un momento dado, en comparación con sus máximas posibilidades en las mejores condiciones.*
- *La eficiencia de una medida de intervención sanitaria es la consecución de los objetivos logrados, pero el menor coste posible.*

La propia Asociación Médica Mundial ha planteado, en su última reunión de Estocolmo, que, para conseguir una adecuada distribución de los recursos de atención médica, es necesario que los profesionales se impliquen más en el control del gasto. En el proyecto de declaración, que la Asociación debatirá en su próximo encuentro, se recoge que la «profesión médica debe asumir la responsabilidad de realizar un uso racional y eficaz de los medios económicos disponibles para la atención sanitaria, lo que incluye la utilización óptima de los métodos de diagnóstico y terapéuticos, que comprende también la puesta en marcha de una evaluación de la calidad».

Si con la selección de artículos que presentamos se logra despertar el interés de nuestros lectores asentaremos unos pilares fundamentales que harán factible abordar con mayor conocimiento de causa las cuestiones de fondo. Éstas se refieren a conceptos de justicia y conflicto de valores entre los derechos individuales y sociales. El trabajo de la *Catholic Health Association* de los Estados Unidos, *Justicia para todos*, puede ser un apropiado punto de apoyo para encauzar el diálogo bioético.

LABOR HOSPITALARIA y el INSTITUTO BORJA DE BIOÉTICA desean contribuir a este diálogo que ha de tener en cuenta, por una parte, el valor infinito trascendente de la vida humana y, por otra, los recursos limitados para mantenerla cuando por la enfermedad se encuentra en condiciones límite.

La aceptación de la finitud humana es la gran lección que todos hemos de interiorizar en nuestra era tecnológica. Las políticas sanitarias han de colocar el fiel de la balanza en el equilibrio difícil de la eficiencia y la equidad. El discurso de Juan Pablo II que cierra esta selección es el horizonte que nunca podemos perder de vista.

Este número ha sido posible gracias a la abnegada colaboración de T. Viguer, S.J., que no ha regateado esfuerzos en la difícil tarea de traductor.

Muchas gracias.

LH

# Valoración de la vida finita

LH

II-1

## EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN SANITARIA Y LIBERTAD CLÍNICA

Alan Williams

Profesor de Ciencias Económicas. Universidad de York

La eficiencia de los servicios de salud no estriba sólo en su costo. Menos aún es una cuestión monetaria. Se preocupa también de beneficios actuales y potenciales —beneficios principalmente vinculados a la misma salud. Parece que se ha impuesto el criterio de una división de responsabilidades que consideramos desacertada, según la cual los costos incumben sólo a los administradores, mientras los beneficios son responsabilidad de médicos y personal de enfermería. De este modo, unos interpretan el papel de malos y otros el de héroes. Rara vez se consigue llegar a una relación constructiva. Algunos médicos incluso pregonan su convicción de que es inmoral tener que preocuparse por los gastos. En este artículo, Alan Williams somete a examen la ética médica y arguye a favor de la necesidad de que se adopte una visión ética más amplia de la que comúnmente se tiene, si se quiere dar una solución al conflicto entre los principios morales que se presenta en cada uno de los tres roles que juega el médico en la toma de decisiones: como clínico, como gestor y como directivo. El autor formula un sólido argumento que pone de relieve la exorbitante inadecuación del común sentir de que el imperativo ético primordial del médico es hacer todo lo posible por el paciente que le consulta. Sugiere, en cambio, una ética más amplia basada en los principios del análisis costo-beneficio.

Se arguye en ciertos sectores que la campaña por una mayor eficiencia en el suministro del cuidado sanitario entra en conflicto con el imperativo ético que es propio del médico y que los médicos deben seguir, a saber: la obligación del médico de hacer cuanto pueda por el paciente. Uno se pregunta si esto es así, o hay que tener en cuenta también el costo. Me propongo argüir que los médicos, en realidad, no obran de acuerdo con aquel imperativo ético. Además, puesto que su comportamiento es aceptado como razonable por sus colegas y por otros, no pueden considerarlo inmoral. También argüiré que su forma de proceder hay que considerarla como una forma cruda e imperfecta del análisis costo-beneficio, que podría ser muy perfeccionada sin quebrantar ninguno de los principios que parecen informar el comportamiento de los médicos. Y si la administración del cuidado sanitario mejorara sería mucho más eficiente (es decir, la salud de la comunidad se beneficiaría sin aumento de costo). Por consiguiente, concluyo que la inmoralidad consiste en no buscar mayor eficiencia, pues la ineficiencia significa un empeoramiento innecesario de la salud de la gente a cuyo servicio están dedicados los médicos.

Empezaré distinguiendo tres competencias en las que los médicos pueden servir a los pacientes. Pueden servirles como clínicos, como gestores y/o como miembros del equipo de administración. En el papel de clínico, en el que concentraré mi atención, el médico aconseja al que le consulta como profesional experto en quien puede confiar. En el papel de gestor, el médico lleva a cabo sus propias actividades, posiblemente con otros colegas profesionales, para proveer los servicios profesionales a su clientela. En su capacidad de directivo, sus decisiones sobre prioridades alcanzan a grupos más amplios que su propia clientela. Procuraré demostrar que estas competencias se solapan de un modo casi imperceptible.

### EL MÉDICO COMO CLÍNICO

En la carta del doctor Erich H. Loewy, al editor del *New England Journal of Medicine* (véase al final del artículo) se hace una distinción entre «consideraciones estrictamente clínicas» y «consideraciones económicas que pueden afectar al paciente, al hospital y a la sociedad». Veamos dónde nos llevan estas distinciones que son útiles para empezar.

Está lejos de toda disputa que el primordial imperativo ético del clínico es de no hacer nada que pueda perjudicar la salud del paciente. Pero esto, plantea de inmediato algunos problemas: ¿Qué es la salud? ¿Implica este imperativo que cualquier tratamiento que lleve consigo un riesgo adverso para la salud no se puede aceptar? y finalmente ¿aparece siempre con claridad quién es el paciente? Analizaré uno a uno estos problemas.

### ¿Es la salud una materia «estrictamente clínica»?

En términos médico-técnicos en sentido estricto, la salud puede ser considerada como la ausencia de patología, y supuesto que pocos entre nosotros nos hallamos completamente sin ningún defecto, hay cierto grado de verdad en la vieja ironía de que sólo aquellos que no han sido examinados adecuadamente gozan de buena salud. Pero sin ir tan lejos como la Organización Mundial de la Salud (WHO) cuando afirma que la salud significa un estado de bienestar físico y mental perfecto, nos parece más conveniente definir la salud en términos relacionados a sentimientos y capacidades que en abs-

tractos parámetros clínicos. Si se describe la salud con términos relacionados a categorías que expresan la calidad de vida como la movilidad física, la de cuidarse a sí mismo, la ausencia de dolor o de malestar, el poder de mantener una interacción social, y con categorías que representan cantidad de vida, como la expectativa de vida, nos preguntamos si nos hallamos todavía en el territorio de las «consideraciones estrictamente clínicas» o hemos ya salido de los límites propios de la medicina para adentrarnos en la sociología. ¿Es inmoral para los médicos percibir la salud en estos términos? puesto que si es así ya encontraremos dificultades al juzgar, por ejemplo, la gravedad de la enfermedad que generalmente está relacionada con las características mencionadas. Si, por otra parte, esta definición de salud es perfectamente aceptable, entonces debemos reconocer que comprende muchas consideraciones no-clínicas. Así pues, incluso en este estadio primordial, resulta difícil excluir aquello que se ha denominado como factores *extraños*, es decir, no-clínicos.

### ¿Constituye la aceptabilidad del riesgo una materia «estrictamente clínica»?

Supongamos ahora que el curso que nos proponemos seguir en un paciente conlleva riesgos para la salud, que según la buena práctica clínica son aceptables (i.e., los beneficios pre- visibles sobrepasan los riesgos). Aun cuando no siempre se manifieste abiertamente (o no esté muy claro para el mismo clínico), el cálculo de este riesgo-beneficio contiene tres elementos esenciales: primero, una descripción (prospectiva) de estados de salud alternativos (incluyendo la muerte), segundo, un conjunto de probabilidades unidas a aquéllas, y, tercero, una valoración relativa de cada estado de salud (o, de modo más preciso, del perfil del estado de salud en cada tiempo). Así pues, el clínico que formula el juicio completo de la aceptabilidad del riesgo mide el valor (negativo) de la probabilidad de un mal resultado si se compara con el valor (positivo) de la probabilidad de un buen resultado, y nosotros hemos de preguntar qué es lo que le capacita para ello si tenemos en cuenta su mera experiencia clínica. Ciertamente hay un gran componente de pericia clínica en el diagnóstico de los problemas subyacentes que dañan la salud, y el conocimiento de lo que se puede hacer para mejorar la historia natural del proceso. Si el clínico es suficientemente experto en comunicación, quizás pueda indicar al paciente en qué consiste la prognosis alternativa en términos de calidad y cantidad de vida, como se describió antes, y podrá dar alguna indicación de las probabilidades vinculadas a cada una de ellas, supuesto el sexo, edad, y condición general del paciente, y otros problemas asociados de salud que le pueden afectar. Todo ello constituye un arduo trabajo, todavía insuficiente para facilitar la elaboración del juicio completo, cuya formulación debe incluir la consideración de si el riesgo sería aceptable para el paciente, ya que para llegar a ello es necesario que sepamos las valoraciones que el mismo paciente da a los diferentes pronósticos relacionados a su estado de salud. Estas valoraciones pueden no ser las mismas que las que daría el clínico, ni la profesión médica en general, ni tan siquiera las del resto de la comunidad de la que el paciente es miembro, y la elaboración de estas valoraciones no cabe dentro del terreno de la pericia «estrictamente clínica».

Así pues, parece que no es necesariamente posible por medio de consideraciones «estrictamente clínicas» decidir si la salud del paciente es mejor o peor, o si los riesgos que

acompañan al tratamiento son o no son aceptables, si el papel del clínico es el de un mero agente perfecto, i.e., si es solamente un asesor de confianza, que da al paciente toda la información que necesita para tomar una decisión, y luego queda a la espera para llevarla a cabo tan pronto como la formule el paciente. Debe notarse que esto es exactamente contrario a la opinión que sostiene que el paciente es quien da la información al médico y que capacita a éste a formular la decisión, que el paciente ha de estar por consiguiente dispuesto a cumplimentarla (i.e., obedecer). Sin embargo, en el modo de ver clásico, el clínico no debe imponer sus valoraciones a los pacientes, aunque le está permitido, como materia de conciencia, rehusar un tratamiento que cree que va contra los intereses del paciente.

Pero, en este contexto, ¿cuáles son los intereses del paciente que deben considerarse relevantes? Supongamos que la culminante preocupación del paciente es no perder su empleo, si es necesario tomar cierto descanso para el tratamiento recomendado por su enfermedad, y consiguientemente preferiría algún otro tratamiento (menos eficaz) y evitar así aquel riesgo. ¿Debería el clínico estar de acuerdo con este modo de obrar clínicamente inferior (y posiblemente más peligroso), o debería rechazar esta consideración de tipo económico como *ajena* y un descrédito para la práctica de la medicina ética?

### ¿Quién es el paciente?

Demos un paso más y supongamos ahora que los intereses de los demás (y la salud) se ven afectados de modo directo por los problemas del paciente y su tratamiento (y no me refiero a casos de condiciones infecciosas y contagiosas en los que las responsabilidades del clínico están bien definidas). Por ejemplo, cuando un clínico está considerando la esterilización de un paciente, ¿debería tener en cuenta los efectos en el esposo o esposa del paciente, aun cuando el paciente no desea que se consideren? O cuando un clínico reflexiona acerca de si debería internar un caso psiquiátrico difícil, ¿ha de condicionar su decisión el efecto que de no hacerlo se produciría en los demás miembros de la familia? ¿Quién es exactamente *el paciente* en estos casos, en los que el tratamiento de la persona A sufre la influencia de los efectos en la salud de la persona B (no importa si la persona B es o no uno de los clientes del mismo clínico)?

Mi impresión después de innumerables discusiones sobre estas materias con un gran número de clínicos es que la mayoría de ellos consideran ético permitir que las consecuencias económicas y sociales (para los mismos pacientes y sus allegados más queridos) ejerzan su influencia en el consejo que dan y los tratamientos que administran u organizan. En otras palabras, mis informadores clínicos estudian una mayor variedad de costos y beneficios que los puramente médicos cuando forman un juicio clínico, y sopesan tales costos y beneficios teniendo en cuenta a otras personas distintas al paciente que tienen frente a ellos.

### ¿Son los clínicos agentes perfectos?

Hasta el momento esto ha sido impecablemente altruista, pero ¿qué puede decirse acerca de los intereses propios del clínico? De acuerdo con el modelo clásico, el clínico como agente perfecto no tiene presente otros intereses que los de cada paciente individual. No está interesado en la remuneración, y nunca permite que ésta influya en su comportamiento. No

le preocupa su posición profesional, excepto en la medida que ésta se vea afectada por el hecho de administrar el mejor tratamiento posible a todos y cada uno de los pacientes. Nunca permite que los pensamientos de su mujer, familia, amigos y su vida social, ejerzan ninguna influencia en el tiempo que emplea con sus pacientes y precisamente cuando les ve o les trata. El bienestar del paciente lo gobierna todo. Ahora bien, estos dechados clínicos no existen, y si existieran no sobrevivirían la tensión por mucho tiempo. Esta interpretación extrema de los principios de la práctica de la ética médica, no se lleva a la práctica como es lógico ni puede esperarse razonablemente que así sea.

Pero entonces ¿dónde se puede trazar la línea y quién la va a trazar? Es claramente inmoral llevar a cabo operaciones innecesarias y potencialmente peligrosas simplemente impulsado por el ansia de la remuneración, pero ¿es también inmoral si el paciente es rico y desea la intervención? Es claramente inmoral rehusar el tratamiento seguro y eficaz, que uno puede hacer con facilidad a un paciente en necesidad urgente simplemente porque uno no quiere perderse la obertura del concierto que ha deseado tanto poder atender como parte de la celebración del cumpleaños de su mujer. Pero, ¿qué pasa si el paciente sufre sólo una pequeña molestia, que puede desaparecer por sí misma, o puede bien dejarse para mañana sin serias consecuencias? En ocasiones el bienestar del clínico y el de sus allegados más próximos y queridos se interpone y uno se pregunta cómo la práctica tan extendida de calcular estos costos y beneficios, junto con los demás, puede ser tenida por inmoral. ¿Si es inmoral, una gran proporción de la profesión médica corre el peligro de ser dada de baja del registro!

## EL MÉDICO COMO GESTOR DE LA ASISTENCIA

Cuando consideramos el papel que interpreta el médico como gestor de la asistencia, el problema se complica todavía más, porque nos enfrentamos a la dificultad de que su preocupación (o la de su equipo clínico y colaboradores) ha de ser por la salud de todos los enfermos cuya responsabilidad la institución ha aceptado. A este nivel es más común reconocer la necesidad de formular criterios para decidir si se debe aceptar o no una responsabilidad, y una vez aceptada ésta qué es lo que se puede ofrecer a los pacientes. ¿Han de ser puramente médicos estos criterios para ser *éticos*? ¿Es inmoral tener en cuenta la conformidad en saldar la cuenta o el poder de hacerlo? ¿Es inmoral que se considere cualquier aspecto de la situación social o económica del paciente, o la de sus más allegados y amados? A juzgar por el comportamiento observado en la práctica médica, la respuesta a ambas preguntas es negativa. Esto significa que a los pacientes en potencia se les catalogará en orden de prioridad de acuerdo con criterios que sobrepasan los estrechos límites de las consideraciones médicas. Esto implica a su vez que el médico, como gestor de la asistencia, realiza juicios generales de orden social sobre el valor de tratar a una persona con preferencia a otra (o antes que otra, o más minuciosamente que a otra y con mayor beneficio propio), incluso cuando las indicaciones puramente clínicas son idénticas. Por ejemplo, si una hernia idéntica a la que tiene otro paciente le impide trabajar y al otro no se lo impide, probablemente tendrá prioridad el primero en el tratamiento. Parecería fuera de lugar argüir que es inmoral

el que estos costos y beneficios más amplios (económicos) se tuvieran en cuenta.

## ¿Ante quién es responsable el gestor?

Existe un problema ético previo que he dejado momentáneamente encubierto, y es juzgar ante quién el gestor de la asistencia se siente responsable. Hay varias posibilidades: 1) ante los que están en tratamiento activo, 2) ante aquellos que se sabe están a la espera del tratamiento, 3) ante aquellos de quienes se cree que necesitan tratamiento aunque no lo piden de momento, y 4) ante cualquiera que pueda alguna vez necesitar tratamiento. El médico, en cuanto a clínico, puede afirmar que sólo el paciente que tiene delante en determinado momento, es relevante; pero el mismo médico, en cuando a gestor de la asistencia debe considerar cómo el paciente llegó hasta allí, y por qué otros no llegaron. Se trata de un juicio sobre la prioridad de quién debe ser tratado, y sobre quién correrá con el gasto. ¿Pertenece al orden social o económico cuya solución pueda dejarse al personal no médico, y por consiguiente es algo que no pertenece a la ética médica sino a la ética social?, o más bien ¿se trata de una materia de preocupación profesional de los médicos y por consiguiente cae dentro del ámbito de la ética médica? Si es una materia que corresponde a la ética médica, luego la ética médica debe abrazar muchos temas que no son clínicos incluido el costo del tratamiento y quien lo cubre. Si propiamente no es materia de ética médica, entonces debemos excluir muchos de los temas éticos que hemos discutido hasta ahora, y las fronteras de la ética médica son reducidas en extremo, y la mayoría de médicos, cuando establecen las prioridades de tratamiento van más allá de la misma, y cuando tengan en cuenta los *factores ajenos*, frecuentemente socavarán sus estrechos dictados. Por consiguiente, en este caso, los médicos se ven necesariamente obligados en su práctica a obrar contra los preceptos de la ética médica.

## ¿Qué sacrificios puede el médico imponer éticamente a sus pacientes?

Los temas se presentan a sí mismos de forma gráfica cuando contemplamos la manera en la que los médicos determinan la distribución de su propio tiempo y energía entre la práctica de la terapia aprobada por el uso, la formación, la docencia y la investigación. Hasta aquí, he contemplado implícitamente la actividad de los médicos como si ésta consistiera por completo en la práctica de la terapia aprobada, y por consiguiente puramente interesados en el tratamiento eficaz de los pacientes aquí y ahora. Pero si un médico se siente también responsable por futuros pacientes (aunque quizás sólo por los suyos), deberá estar al día, es decir, aprender. Supuesto que su tiempo y energía son limitados, tendrá que imponer ciertos sacrificios a sus pacientes actuales a fin de que futuros pacientes puedan obtener el beneficio de su renovado conocimiento. Pero un médico puede también sentir un deber hacia pacientes de otros médicos: es decir, por la humanidad en general que sufre, y concebir que es conveniente que pacientes actuales hagan también algún sacrificio con el fin de que la nueva generación de médicos esté mejor formada, o para mejorar los métodos de tratamiento por medio de la investigación, ninguno de los cuales beneficiará personalmente a sus pacientes actuales. De modo general, no se consultará a pacientes a quienes el médico no visita, ni se les informará, pues

no sería obvio para ellos que la razón por la que se hallan privados de tratamiento es porque el médico en cuestión organiza su práctica reservándose parte de su tiempo y energía por otros fines. Personalmente no veo nada inmoral en ello, ni aparentemente lo ve la profesión médica, ni los que tienen autoridad y saben lo que ocurre, así pues mi conclusión es que no puede ser inmoral que un médico decida trabajar menos de lo que podría por los pacientes a su cargo, a fin de que otros puedan beneficiarse de estos sacrificios.

Pero, ¿por qué debería limitarse esto a solamente una de las insuficiencias de recursos, el tiempo y la energía del propio médico? Debería ser también verdad para los demás recursos limitados, como son el tiempo del personal de enfermería, los fármacos, el uso de edificios y equipo, todo lo cual si se utiliza para un paciente, impide que otro lo use. Tanto si el paciente paga directamente por el costo de servicios (lo que rara vez ocurre) como si no lo hace, el problema ético permanece, y no me parece que se pueda distinguir del uso del tiempo del médico, que en verdad concluimos era un costo relevante éticamente comparable a los beneficios al formular decisiones sobre si debería usarse por una clase de pacientes con preferencia a otra.

## EL MÉDICO COMO DIRECTIVO

Hemos ya seguido un largo camino desde la afirmación de que el médico tiene la obligación de hacer todo lo que pueda por el paciente a su cargo, sin tener en cuenta el costo. Pero todavía nos queda el médico actuando (como él se vería a sí mismo) en una capacidad puramente profesional. En ninguna de las situaciones anteriores, el médico se hubiera contemplado a sí mismo entremezclado en una actividad política, o en ingeniería social, o comportándose como un agente económico, aunque reconozco cada uno de estos elementos en uno u otro de los ejemplos que di anteriormente. Por ejemplo, la decisión de aceptar o no responsabilidad por la salud de alguien es una decisión política, en el sentido que está influenciado por la estructura del poder y de la autoridad en la sociedad, de la misma manera que lo es el juicio sobre qué valores y bienestar han de tenerse en cuenta en toda decisión sobre el uso de recursos. De modo semejante, el peso relativo dado a las consideraciones médicas, sociales y económicas es materia propia de política social y cuando se toma la responsabilidad de determinar el balance o influenciarlo, los médicos se hallan ejerciendo ingeniería social. Finalmente, cuando examinan si deben destinar sus escasos recursos en lo que se refiere a tiempo y energía a fines que compiten entre sí (y los demás recursos de su propia práctica) los médicos actúan como arquetipos de agentes económicos, sea su objetivo llevar al máximo su propio bienestar o el de otra comunidad más amplia.

Pero un médico puede tomar la decisión de desempeñar un papel político más consciente, que él puede todavía considerar como poco más que una ramificación de sus responsabilidades de clínico o de gestor. Por ejemplo, puede creer que su ejercicio, o su especialidad, o la gente de su área, tienen una participación demasiado limitada en los recursos de los que se dispone, y puede decidir desempeñar el papel del abogado que defiende sus intereses. En otra parte hice mis comentarios sobre este punto, de la manera que sigue:

«Si los que sufren a raíz de una condición improbable verbalizan relativamente poco y están mal organizados, los clíni-

cos que los tratan pueden ser sus mejores abogados en el proceso político. Sin embargo se dan en la empresa, peligros inmensos que deben ser reconocidos con honestidad. En primer lugar, la abogacía política tiene poco respeto por la verdad. Prospera presentando con persuasión un caso, cuya inmediata eficacia puede, con frecuencia crecer, por medio de una selección tendenciosa de hechos y una explotación sin escrúpulos de los temores de la gente. Es un papel que no se combina fácilmente con el ideal del clínico imparcial, abiertamente científico del clínico de intachable dignidad y confianza. En segundo lugar, la abogacía política de los intereses de los pacientes propios fácilmente se entremezcla con la abogacía de los intereses de uno mismo... Los intereses del clínico, sean perspectivas de promoción, de buenas relaciones con sus colegas, o de esperanzas de poder político, pueden con facilidad inmiscuirse, y ciertamente de vez en cuando lo harán, y serán decisivos.

Finalmente el papel del abogado político debe ser interpretado en un contexto en el que se acepta que la posición de una especie de *abogado* implica que otro desempeñará el oficio de juez y/o jurado. Esto tiene implicaciones de importancia en el trabajo de los clínicos en equipos de administración, porque si ellos intentan... interpretar ambos papeles creo que simultáneamente el sistema se corromperá, puesto que no creo que la abogacía política de una causa es consistente con el desprendimiento que se requiere para tener en cuenta consideraciones más amplias cuando se toma parte en una decisión colectiva sobre distribución de fondos para la comunidad en general... Y en aquel modelo más amplio del análisis sobre costo-beneficio, representarán sólo una de las varias disciplinas de importancia y fuentes de información, y no necesariamente una que sobresalga, o con *poderes reservados*. Creo que una parte de la dificultad actual de encauzar el planeamiento y la valoración del cuidado de la salud hacia un marco de trabajo lógico, inteligible y con participación eficaz, es la confusión sobre la naturaleza de un cálculo que sea apropiado para cada una de estas tres clases de decisiones que he distinguido. Algunos clínicos parecen tener el convencimiento de que porque son expertos en el primer nivel, y que el segundo y tercer niveles existen meramente para darles soporte, sus demandas no son susceptibles a retos en aquellos niveles más elevados...»\*

Desgraciadamente, la afirmación que las contribuciones de estas otras disciplinas es inmoral (i.e., impiden la libertad clínica) es una manera de resistir su reto, y esta es otra razón para poner de manifiesto la naturaleza muy imprecisa y confusa de esta demanda ética. Sólo si se reconoce esta ambigüedad podrá haber una discusión seria y política abierta, en la que los dilemas éticos (a los que todos nos enfrentamos con igualdad) pueden ser expuestos claramente y discutidos de modo razonable. No se trata de un campo de disertación en el que alguien entre nosotros pueda reclamar un monopolio, ni uno en el que alguien entre nosotros posea comunicación directa e inmediata con Dios.

## MÉDICOS Y ECONOMISTAS SANITARIOS

Antes de concluir me gustaría dirigir mi atención hacia la misma economía de la salud, y examinar más directamente cuáles son sus pretensiones éticas. El fin fundamental de la economía sanitaria es comprobar si el valor que se obtiene en

\* Publicado por el *Nuffield Provincial Hospitals Trust Nuffield York Portfolios*. (Ed. A.J. Culyer) 1979.

cualquier actividad es mayor que el valor de lo que sacrificamos a fin de llevarla adelante. Si los beneficios tienen mayor peso que el costo, aquella actividad es eficiente. Si ocurre lo contrario, no lo es. Debe notarse que los costos aquí se equiparan a los sacrificios, y los sacrificios son simplemente beneficios renunciados. Así pues el principio que nos sirve de guía es el principio enteramente ético que se cerciora de que los beneficios obtenidos sobrepasan los beneficios renunciados.

No proclamo que poseamos una fórmula mágica para obrar así, más de lo que se seguiría del deseo que tiene un médico de aliviar el dolor y alargar la vida para encontrar el elixir para ambas cosas. Las dificultades intelectuales y prácticas son considerables y con probabilidad de no pronta solución. Lo que afirmo es que el mandato del economista de calcular los costos y los beneficios, y tener en cuenta a ambos cuando toma decisiones (incluso decisiones clínicas), no puede ser desechada como inmoral, a no ser que uno crea que es ético afirmar que si una persona ha de obtener un beneficio (no importa la cantidad, por pequeña que sea), no se debe poner límite a los sacrificios que se pueden exigir que sufran los demás como consecuencia. Esto es lo que significa referirse al costo como «no relacionado con la práctica de la ética médica», y en mi vocabulario el término que se debe aplicar al que obra sin tener en cuenta el costo no es el de *ético*, sino el de *fanático*. El fanatismo es simplemente tan opuesto a la buena práctica médica como a la buena práctica económica, y ésta es la razón que me obliga a creer que estos temas éticos deben ser explorados y discutidos por todos los que se hallan ocupados en la administración de la práctica médica y procuran hacer más eficaces los servicios sanitarios, a fin de que puedan trabajar con comprensión y respeto mutuos. A diferencia del corresponsal del *New England Journal of Medicine* yo no veo este fin como embarcarse en «la resbaladiza pendiente de una ética de compromiso y de prioridades inútiles», sino como una larga lucha cuesta arriba a fin de conseguir ciertos progresos en el campo de la salud y de la asistencia médica ante los enormes problemas que asedian a la humanidad que sufre.

#### APÉNDICE

### EL COSTO NO DEBERÍA SER UN FACTOR EN LA ATENCIÓN SANITARIA

*Al editor.* Recientemente crece el número de artículos que se publican en ésta y otras revistas cuya preocupación es la «eficien-

cia del costo» de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. En todos ellos late la opinión de que las opciones se fundamentarán no solamente sobre una base de consideraciones estrictamente clínicas sino también sobre una base de consideraciones económicas en cuanto éstas pueden atañer al paciente, al hospital y a la sociedad. Pretendo afirmar que tales consideraciones no son connaturales a la práctica de la ética médica; que en las revistas ocupan un espacio que sería mejor dedicarlo a materias substanciales; y que sirven para inclinar a los médicos a consideraciones económicas, que no son su problema legítimo. Es peligroso introducir materias insólitas en las decisiones médicas, pues la atención hacia estos factores puede, ocasionalmente, derivar a tener en cuenta la edad, utilidad social, y otras circunstancias irrelevantes en la práctica ética. El ejemplo de medicina en la Alemania Nazi es demasiado reciente para que se necesiten más justificaciones<sup>1, 2</sup>.

Para el médico constituye una obligación (especialmente en situaciones críticas) el practicar una medicina no ligada al costo-beneficio, sino la más segura posible para el paciente en sus circunstancias particulares. El único imperativo ético consiste en magnificar en grado óptimo la supervivencia y no la «eficiencia del costo». Seleccionar pruebas diagnósticas basándose en el análisis costo-beneficio es una deliberada apuesta estadística; el uso de pruebas diagnósticas de manera médica inconcebible es medicina mediocre, no por su coste sino porque la medicina que no reflexiona representa un peligro para el paciente. Los médicos éticos no ponen como base de su ejercicio la capacidad de pago del paciente ni seleccionan procedimientos diagnósticos y terapéuticos basándose en su costo. Se puede argüir que el bienestar de la sociedad se ve amenazado por la escalada de los gastos médicos, y ciertamente parece, a primera vista, introducir un dilema. Con todo, gran proporción de nuestros males tienen su origen en el fumar, beber y comer con exceso, y las consecuencias de estas licencias agotan gran cantidad de dólares destinados a la atención sanitaria. No es justo desproveer a aquellos que no han sido desmesurados de la atención sanitaria y permitir que el exceso de los demás agote el dinero disponible. Además nuestra sociedad tiene ciertamente dinero para gastar en lujos y adornos. El médico que cambia su modo de practicar la medicina a causa del costo más que por consideraciones puramente médicas se ha embarcado en la «pendiente resbaladiza» de llegar a una ética de compromiso y de prioridades inútiles.

ERICH H. LOEWY, M.D.

1. IVY AC.: *Nazi war crimes a medical nature*. JAMA 1949, 139, 131.
2. ALEXANDER, L.: *Medical science under dictatorship*. N. Engl. J. Med. 1979; 241: 39-47.

# VALORANDO LA VIDA HUMANA EN LAS POLÍTICAS AL SERVICIO DE LA SALUD

Gavin Mooney

Professor of Health Economics University of Aberdeen

*¿Tiene la vida un valor superior a todo precio? ¿Tiene la vida un valor infinito? Ambas preguntas han sido contestadas afirmativamente y cada una de estas dos respuestas mutuamente contradictorias es errónea, como Gavin Mooney demuestra en este artículo. En lo que se refiere a la eficacia y honestidad de la distribución de recursos en los servicios sanitarios, la cuestión que verdaderamente interesa no es el valor intrínseco de los años adicionales de vida. Y la razón es que los economistas (al igual que los médicos y los administradores de servicios sanitarios) no están ni mejor ni peor preparados que los demás para dar una respuesta a cuestiones trascendentes. En cambio, resulta relevante la pregunta: ¿Qué es mejor, utilizar recursos para ganar unos años de vida que de otro modo se perderían o bien alcanzar otros objetivos importantes? En este contexto, Gavin Mooney demuestra que la pregunta puede responderse de un modo sensato aunque, con frecuencia, no sucede así. El autor indica las líneas a través de las cuales se deben buscar las respuestas sensatas y el tipo de preguntas subsiguientes, que deberían tener en cuenta los que han de tomar decisiones al enfrentarse con la posibilidad de salvar o perder vidas.*

Con frecuencia encontramos declaraciones que describen la vida como algo que está por encima de cualquier precio y que todo intento de los economistas de ponerle un valor económico es, hasta cierto punto, erróneo o antiético. Así, por ejemplo, Muir Gray (1979) afirma que el valor de la vida «no puede ser expresado en términos monetarios». También, un artículo en el *British Medical Journal* escrito por Logan, Klien y Ashley (1971) sugería que el valor que se atribuye a la vida humana, después de los 65 años resulta implícitamente cero ya que «todos sabemos que el análisis costo-beneficio se detiene a los 65 años».

Teniendo en cuenta la formación del personal sanitario y la ética biomédica, no es sorprendente que la idea de valorar la vida humana con la medida del dinero sea percibida por muchos como anatema. Y teniendo en cuenta la formación de los economistas de la salud, no es más sorprendente que arguyan que esto es lo que se hace en la actualidad, y no es por lo tanto cuestión de si gusta o no gusta. Lo que importa es hacerlo bien en vez de mal, y ser muy conscientes de lo que se asume. Ciertamente una de las funciones más importantes del economista de la salud es la de hacer explícitos los valores que se utilizan en la práctica. Y no sólo con el fin de ser cohe-

rente en lo que se refiere a los valores sino para hacer más factible conseguir un sistema sanitario de mayor eficiencia, como indicaremos más adelante. Mayor eficiencia significa mejor salud con los recursos disponibles. Al hacer explícito el valor que se confiere a la vida humana, puede dar como resultado salvar más vidas que las que se salvarían en caso contrario. De hecho, un título alternativo a este artículo podría haber sido *La economía sanitaria salva vidas*.

## CÓMO SE VALORA AHORA LA VIDA

La esencia del argumento de los economistas es, en principio, muy simple. Supuesta la escasez de recursos, el valor de todo, incluso el de la vida humana, es menos que infinito. En nuestra vida cotidiana, todos asumimos riesgos, con el fin de obtener un beneficio u otro —por ejemplo, yendo en coche a Pittodrie (campo del club de fútbol Aberdeen) o a la tienda de verduras— de lo que podemos deducir que no intentamos eliminar por entero el riesgo de muerte, lo cual sería nuestro objetivo si la vida de por sí tuviera un valor infinito. En el NHS (Servicio Nacional de la Salud) es preciso elegir la utilización de los recursos disponibles. Los recursos en actividades cuyo fin es salvar la vida nunca se emplean para conseguir que el riesgo de muerte o la reducción del riesgo de muerte, mediante el pago de una cantidad adicional sea cero. El NHS no invierte todo lo que teóricamente podría para salvar vidas sin antes examinar otros beneficios del cuidado sanitario como es, por ejemplo, la disminución del dolor. Pondera, en este caso, la disminución de la mortalidad y la reducción del dolor. Supuesta la escasez de recursos para el cuidado sanitario, es preciso escoger los beneficios que se suministran y los que se sacrifican.

Es evidente que el NHS no destina recursos para salvar la vida en casos de fallo renal crónico sin tener en cuenta otros programas no destinados a salvar la vida. De lo contrario, el costo de la prolongación de la vida sería muy elevado. Sin embargo, Buxton y West (1975) advierten que la cantidad asignada a diálisis hospitalaria para un grupo de 1.000 pacientes a lo largo de 20 años equivaldría a un promedio de 3.500 libras esterlinas de gasto por cada año de prolongación de vida. Idealmente, lo que interesa más no es el promedio sino el costo de cada año de vida salvada. Aun cuando, en el transcurso de estos últimos años, esta forma de cuidado ha sido ampliada, también es cierto que no todos los que podrían beneficiarse con el uso de la diálisis lo hacen. Por ejemplo, se sugirió recientemente (Deitch, 1983) que «el programa de diálisis renal necesita por lo menos otros 30 millones de libras esterlinas por año, para alcanzar los éxitos que podrían obtenerse».

Evidentemente, se atribuye un valor finito a las vidas de los que sufren fallo renal crónico.

Es posible demostrar que lo que se paga por salvar una vida o el valor de la vida en diferentes circunstancias y bajo distintos métodos varía notablemente. La tabla que sigue se basa en Mooney (1977).

La idea de que necesitamos asignar valores finitos a la vida humana es en principio simple e ineludible, en el supuesto de que se acepte el argumento a favor de la eficiencia (como se describe seguidamente).

## ARGUMENTO A FAVOR DE LA EFICIENCIA

El argumento a favor de la eficiencia se basa en las reglas siguientes:

1. Deberíamos hacer sólo aquellas cosas cuyas ventajas (beneficios) sobrepasan las desventajas (costos).
2. No deberíamos hacer o deberíamos dejar de hacer cosas cuyas desventajas (costos) sobrepasan las ventajas (beneficios).
3. Al decidir la ampliación o disminución de un servicio deberíamos aplicar los principios indicados antes.

Ciertamente si sentimos preocupación por la equidad en el cuidado sanitario —el tema de la honesta distribución de lo disponible, acceso al mismo, riesgo, etc.—, quizás deseemos frenar cualquier desmedido celo de alcanzar la eficiencia. Pero, de lo contrario (y quizás incluyendo entre los motivos la equidad) es difícil poner objeciones a estas simples reglas (que son también las reglas básicas del análisis de costo-beneficio) y por consiguiente a la promoción de la eficiencia.

Muchas personas dedicadas al servicio de la salud alienan una gran falta de comprensión sobre el análisis costo-beneficio y eficiencia. Los economistas persiguen con convicción, y creemos con determinación, dos conceptos distintos aunque relacionados de eficiencia: *a*) «costo-eficiencia» (CE) y *b*) «costo-beneficio» (CB). La preocupación del CE consiste en conseguir un determinado objetivo. Después de haber decidido que las venas varicosas necesitan tratamiento, analizar cuál es la mejor manera de tratarlas, o analizar cuál es la mejor manera de gastar los millones de libras asignadas a la criba de cáncer de mama. Estos son temas a los que se puede aplicar el análisis de la eficiencia del costo (CEA). El análisis busca establecer la solución de menor costo por un objetivo determinado o ampliar los rendimientos beneficiosos de un programa particular o de un servicio por un presupuesto determinado.

El análisis de costo-beneficio (CBA) está más interesado en la utilidad de las políticas y opciones. ¿Se debería recurrir a la cirugía del trasplante cardíaco? ¿Qué mujeres deberían ser cribadas por cáncer de mama, y con qué frecuencia? Estas son preguntas sobre asignación de recursos a las que se puede aplicar la CBA. Esta forma de análisis averigua la manera de ayudar en las opciones sobre qué servicios deberían proporcionarse y hasta qué punto. Todo análisis económico tiene como objetivo ayudar a las opciones a fin de acrecentar el beneficio para la sociedad, con los recursos disponibles. Mientras éste es el fin de la CBA, la CEA también contribuye al mismo, en el sentido de que si es posible alcanzar un objetivo con el mismo éxito en lo que se refiere a la eficiencia, pero

con menor costo en cuanto al uso de recursos, se debería obrar de acuerdo con este fin. De esta manera, podemos disponer de recursos para otros objetivos.

Los principios de la CBA y CEA son muy sencillos. Lo más difícil es ponerlos en práctica especialmente en el caso del CBA en el que en teoría todos los costos y beneficios que se derivan del cumplimiento de unas normas de proceder particulares, deben someterse al yugo de la medida monetaria. Con frecuencia, es aquí donde las dudas acerca del potencial de utilización de la CBA parecen justificadas. ¿Cómo podemos valorar el dolor, el sufrimiento y la muerte con dinero? ¿Pueden los «costos de oportunidad» de la devota hija que cuida a su vieja madre en la comunidad ser medidos con términos monetarios?

Estos son problemas que existen, pero que de ninguna manera agrietan los principios básicos del CBA descrito antes. Reviste mayor importancia mirar al CBA y a la eficiencia como una actitud mental, un modo de pensar, y no cómo se considera con demasiada frecuencia, como un instrumento inútil, sin aplicación práctica en el trabajo.

Las dificultades, que resaltan estas formas de razonamiento claro, no son específicas del CEA y del CBA. Son más inherentes al problema que a la forma de enfocarlo. Sin embargo, se toman corrientemente decisiones —por ejemplo sobre normativas en la diálisis renal— y se observa que los problemas a solventar no son distintos de los que se plantean desde el enfoque económico. Algunos de ellos pueden no haber sido notados o incluso ignorados a propósito. Sin embargo actitudes como las del avestruz no contribuyen a la desaparición de los problemas mientras que su análisis explícito puede hacerlos más claros y por consiguiente su solución más completa.

Dos de los problemas centrales en las decisiones que afectan la posibilidad de la muerte están relacionadas a *a*) principios de valoración *per se* y *b*) la práctica de la valoración. En realidad los dos están conectados. Los problemas del primer grupo tienen su origen en la incertidumbre que rodea la respuesta a la pregunta sobre qué valores —de los consumidores, médicos, profesionales sanitarios, políticos están relacionados a qué decisiones en el cuidado sanitario. ¿Pueden las preferencias de los consumidores en el cuidado sanitario compararse a otro tipo de mercados? ¿Deberían atenderse de la misma forma? Si podemos resolver estos temas, ¿podemos traducirlos en valores monetarios? Estas son las preguntas a las que dirigimos nuestra atención en el contexto específico de la valoración de la vida.

## DEDUCIENDO EL VALOR DE LA VIDA

La manera cómo se deducen los valores económicos de los resultados sanitarios depende, en parte, del sistema de valores que se utilice como base. Puesto que la mayor parte de la investigación de los economistas sobre este problema ha sido llevada a cabo en el contexto de la valoración de la vida, en ésta se concentra este artículo. (Para una detallada visión de esta investigación véase Mooney, 1977). Las técnicas convenientemente corregidas también se pueden adaptar (substantialmente en todo) a los demás resultados sanitarios. Se delinean tres clases de enfoques en la valoración. Se basan en 1) las preferencias individuales del consumidor, 2) el «capital humano» o en el «rendimiento perdido», y 3) el método de valores implícitos.

## VALORACIONES DEL CONSUMIDOR SOBRE LA DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE MORTALIDAD

Si se afirma que el consumidor, o el consumidor en potencia, de la asistencia sanitaria es el mejor juez de su propio interés, debería especificarse el individuo para quien los rendimientos sanitarios tienen valor relevante. Las preferencias individuales tienen por lo menos cierta relevancia en la demanda de servicio sanitario —buscar o no la ayuda de un médico de medicina general (GP), o someterse o no a un tratamiento en la consulta externa, o ingresar en un hospital. Por ejemplo, en caso de un accidente de menor importancia, el paciente tiene la opción de tratarse a sí mismo, acudir a su médico o presentarse a un servicio de urgencias. Es evidente que la expresión de tales preferencias tiene sus efectos en lo que se refiere el uso de los servicios sanitarios.

No es tan claro que las preferencias de los consumidores ejerzan un influencia notable en el despliegue de los recursos sanitarios. Las demandas de cuidado sanitario sufren, en muchas ocasiones, la influencia del suministro y éste puede estar determinado, con frecuencia, por otros factores sin ninguna consideración directa o incluso indirecta, a las preferencias del consumidor. ¿Deberían destinarse más recursos al cuidado de la gente mayor? ¿Qué nivel de riñones artificiales resulta socialmente óptimo?

A pesar de varias tentativas de democratizar el servicio sanitario, resulta poco probable que los juicios de valoración del público en general se reflejen en la planificación y en el despliegue de recursos sanitarios. Sin embargo, si se adoptara el enfoque con orientación hacia el consumidor, la pregunta que debería plantearse, al decidir cómo valorar el rendimiento del cuidado sanitario, es la de Schelling (1968): «¿Qué es lo que realmente vale para la gente aquello con lo que se va a beneficiar?».

Para la gran mayoría de individuos en la sociedad, la perspectiva de la muerte no es, en ningún período de tiempo, una certeza —excepto, claro está, a largo plazo. Por consiguiente, la pregunta que debe formularse a los individuos que componen la sociedad no es: «Cuánto estaría usted dispuesto a pagar a fin de evitar la muerte». Sino: ¿Cuánto estaría usted dispuesto a pagar por disminuir su riesgo de morir de X a X-Y, donde las dos X y la Y son probabilidades mucho menores que 1 (y según las cuales la cantidad que los individuos estarían dispuestos a pagar variaría, probablemente, según la magnitud de la X)? Además, preguntas semejantes podrían ponerse sobre la cantidad que otros estarían dispuestos a pagar a fin de disminuir el riesgo de muerte de los individuos que corren riesgo. De manera semejante, podrían enfocarse los riesgos de morbilidad.

### TIPOS DE RIESGOS INCLUIDOS

Con este planteamiento Mishan (1971) identificó cuatro componentes del riesgo, dos directos y dos indirectos: los riesgos directos son:

1. Los asumidos voluntariamente por individuos.
2. Los riesgos involuntarios (un ejemplo de esto es la muerte de enfermos delicados y personas mayores a raíz de vuelos supersónicos cotidianos sobre áreas habitadas). Los riesgos indirectos brotan de la preocupación que siente la gente

por riesgos que corren otros individuos. Éstos constan de dos componentes: preocupación por las repercusiones financieras.

3. (Por ejemplo, en el caso de los dependientes de individuos con riesgo).
4. Componente psíquico como pérdida de compañía, o el simple hecho de experimentar una preocupación compasiva por el bienestar de otros.

Es evidente que este punto de vista posee algún mérito y varios economistas (Schelling, 1968; Mishan, 1971; and Jones-Lee, 1976) han examinado, con algún detalle, sus contenidos. Una manera de pretender descubrir la cantidad que los individuos estarían dispuestos a pagar por la disminución del riesgo de muerte es el análisis de su comportamiento en situaciones con riesgo de muerte pero en las que una acción del individuo puede aminorarlo. Por ejemplo, Melinek (1974) utiliza este comportamiento en los individuos al cruzar una calle por la calzada (camino más corto, más arriesgado) o por el túnel subterráneo (más largo y más seguro) para indicar la correlación entre tiempo y riesgo. Supuesto un valor monetario del tiempo, Melinek calcula el valor de la vida en cerca de 70.000 libras. Ghosh, Lees y Seal (1975) combinan los factores de velocidad, costo del viaje, y riesgo de accidente en autovías, para señalar las correlaciones que existen en esta situación, concluyendo de ello con un valor para la vida de más de 90.000 libras. (Véase la tabla I).

Sin embargo, tales situaciones son relativamente pocas y difíciles de generalizar. Por ejemplo, las actitudes individuales frente al riesgo de muerte pueden variar en distintas situaciones (e.g., el riesgo de muerte en los accidentes de carretera, comparado con el riesgo de morir de cáncer), o según diferentes grados de riesgo o circunstancias familiares. La suma que estarían dispuestos a pagar para disminuir su riesgo de muerte, digamos en un 0,1 %, puede variar también en estas diversas circunstancias. Por consiguiente, no es probable que el valor de la vida sea constante en todas las circunstancias, incluso para un mismo individuo.

Quizás revista mayor importancia la cuestión de percepción del riesgo que puede ser errónea. Ciertamente la base del comportamiento del individuo en situaciones de riesgo es su percepción de los riesgos que corre. Aun cuando actualmente tenemos evidencia bien cuantificada del riesgo de muerte vinculado al tabaco, el fumador individual decidirá si continúa fumando o no, basándose en el placer de fumar y en su percepción del riesgo. Saber si las percepciones individuales del riesgo deberían ser la base para que el sector público tome una decisión es un tema difícil. Aun cuando es posible defender las preferencias del consumidor en la valoración de los beneficios, no parecería correcto basar la planificación en la ignorancia del consumidor, si los individuos tienen una percepción errónea del riesgo de muerte, ya que existen otros criterios mejor informados.

El problema puede resultar más patente al examinar los motivos de un grupo de madres que ejercen presión para que se introduzca un control de tráfico en un cruce de carreteras con mucho tránsito, y así convertirlo en más seguro para sus hijos que van a la escuela. Esta presión depende del riesgo que perciben, de la disminución del riesgo que creen que el control de tráfico podría proporcionar y del valor que ellas ponen en la disminución del peligro y el costo del control. Supuesto que éste lo pagarán las contribuciones e impuestos de un grupo más amplio que las mismas madres, se podría argüir que aun cuando sus percepciones son relevantes para la decisión de

TABLA I

Fuente	Costo de la vida	Comentarios
Decisión del Gobierno de no introducir envases para fármacos a prueba de niños	(Libras esterlinas) 1.000	En 1971 el Gobierno rehusó introducir envases de fármacos, a prueba de niños, por el costo; el costo neto por vida de niño se estimó en 1.000 libras esterlinas (Gould 1971). Véase texto.
Conducción por carretera	9.400	Supuesta la velocidad ideal por carretera, el precio de la gasolina, y el valor del tiempo se estimó la valía de la vida en 9.400 libras esterlinas (Gosh, Lees, y Seal, 1975).
Propuestas para mayor seguridad de los barcos de pesca.	1 millón	Se estimó que el costo de cada muerte que se evitaría sería de 1 millón (más o menos) (Sinclair y colab. 1972).
Cambio de regulaciones edificios después del hundimiento de los pisos altos de Ronan Point.	20 millones	Del informe de la encuesta que siguió el derrumbamiento de los pisos de Ronan Point. (Una manzana de pisos en Londres) Sinclair y Marstrand y Newick (1972) calcularon el costo de aumentar los estándares de seguridad y el decrecimiento de riesgo que resultaría de estos sucesos. Con ello, demostraron que el costo de vida salvada sería de más de 20 millones de libras.
Cuestionario sobre la evaluación de la disminución del riesgo de mortalidad.	3 millones	Jones Lee (1976) usó un cuestionario para comprobar lo que la gente estaría dispuesta a pagar para disminuir el riesgo de muerte. (Más detalles en el texto).
Departamento de Transportes.	151.000	Basado en el «enfoque en el capital humano».

introducir o no un control de tráfico, sus percepciones del riesgo puede que no lo sean, y sus percepciones del costo son probablemente unilaterales.

Una forma de estudiar los problemas de percepción por falta de áreas apropiadas de comportamiento es la elaboración de situaciones de riesgo hipotético, y la obtención de información individual sobre su probable comportamiento, con el uso de un cuestionario. Jones-Lee (1976) ha preparado este cuestionario que implica una elección entre seguridad y riqueza en una situación hipotética: el individuo ha de elegir entre dos compañías aéreas que difieren solamente en sus datos de seguridad y precio de los viajes (véase la tabla I). Estos dos enfoques orientados hacia el consumidor están todavía en un estadio experimental y puede que tomen aún cierto tiempo antes de obtener valor operacional. El enfoque no carece de inconvenientes por la falta de áreas útiles de estudio del comportamiento individual en situaciones de riesgo y los problemas latentes para la obtención de respuestas correctas en situaciones hipotéticas simuladas. Con todo, ello representa

un desarrollo de importancia en procedimientos de valoración. Supuestos los elevados valores que se dan a la vida en este enfoque, si se llevara a la práctica, produciría un amplio cambio en la valoración de la asistencia sanitaria y, por consiguiente, en la formulación de decisiones. Como mínimo, los economistas han puesto en claro, de modo substancial, los problemas prácticos y teóricos que se siguen si alguien decide adoptar las preferencias del consumidor en la valoración de la vida.

## EL RENDIMIENTO PERDIDO O EL MÉTODO DEL CAPITAL HUMANO

Los médicos, así como también otros, han empleado frecuentemente el segundo enfoque, que está relacionado a la noción de que un importante componente del valor de la vida es la cantidad de horas útiles de trabajo que se pierde cuando alguien muere. De modo más formal, este enfoque sugiere que el valor de una vida se puede medir en términos de los futuros beneficios que se esperan obtener durante el tiempo de vida del individuo en cuestión, ajustada al tiempo que vivirá trabajando, a los promedios de participación en la fuerza laboral, y otros varios factores. El valor de la vida, y más exactamente en este contexto de expectativa de vida se obtiene descontando estos futuros beneficios de su valor actual, como se hace ordinariamente en las decisiones sobre inversiones públicas y privadas. Ésta es la razón por la que los economistas la describen como el enfoque del *capital humano*. La aplicación de este enfoque a la morbilidad es de por sí evidente.

Esta metodología, utilizada en tiempos de Sir William Petty (1869), es también la que con mayor frecuencia se halla en los estudios sanitarios de costo-beneficio. En algunos casos, la valoración se hace deduciendo el consumo del rendimiento. Esto es erróneo, si se hace con el fin de calcular la inversión en salud —puesto que si un individuo se salva de morir, permanece como miembro de la sociedad y cualquier beneficio para el individuo (por ejemplo, la ganancia que obtiene sobre el consumo) es, por consiguiente, un beneficio para la sociedad de la que es miembro.

Se han sugerido varios ajustes a esta metodología básica. Dawson (1971), dentro del contexto de accidentes de carretera, incluye una suma, hasta cierto punto arbitraria, para cubrir el dolor, sufrimiento y tristeza —a la que llama costos subjetivos. Weisbrod (1962) arguye que estos costos seguirán muy probablemente el esquema de los beneficios deducidos, i.e., relativamente bajo para los niños, alto para adultos jóvenes, y relativamente bajo para los adultos ya mayores.

La metodología es atractiva por su inherente simplicidad y facilidad de aplicación —los valores monetarios se obtienen fácilmente. Se basa en la suposición de que lo que se debe primar es el Producto Nacional Bruto (PNB) y las demás consideraciones (a pesar de los esfuerzos de Dawson, Weisbrod, y otros) juegan un papel secundario. Así se puede argüir que, basándose en el juicio de valor sobre el PNB, obtenemos los valores mínimos del costo de una vida. Es el método utilizado como base por el Departamento de Transporte para el cálculo del costo de accidentes (véase la tabla I).

Como es natural, los problemas surgen con las personas no-productivas en la sociedad quienes, en este proceso de evaluación, obtendrían a lo sumo un valor de cero, e incluso un valor negativo, en algunos casos. Es, por lo tanto, difícil acomodar, dentro de este esquema, a la gente mayor y a las amas

de casa (aunque el problema de este último grupo se puede resolver asignando un salario por servicios como amas de casa).

Se puede defender el uso inteligente de este enfoque, si al mismo tiempo se puede defender el sistema de valores basado en el PNB. Si bien es verdad que sería difícil configurar una defensa a toda prueba para el uso de sólo este enfoque, teniendo en cuenta que uno de los fines del cuidado sanitario es reintegrar a los individuos a un estado de salud productiva, la metodología se puede justificar —con tal que los valores que surjan se utilicen como mínimos. La evidencia reciente sugiere (Bergstrom, 1982) que los valores fundados en la disposición del consumidor a pagar serán más altos que los que surgen del enfoque en el capital humano. Si esto, es lo que ocurre corrientemente, tenemos una razón más para utilizar los números del enfoque del capital humano como valores mínimos.

## EL MÉTODO DE LOS VALORES IMPLÍCITOS

En la práctica, la escasez de recursos significa, como se ha visto, que dentro de los procesos actuales, de toma de decisiones en los servicios de salud ya se otorgan implícitamente valores finitos a los distintos beneficios esperados. Se van formulando decisiones que sugieren que no se deberían desembolsar más de X libras para salvar una vida, con lo que se afirma de modo implícito que la vida vale menos de X libras. En otros casos, las decisiones sugieren que Z libras deberían ser desembolsadas, lo que significa que la vida en este caso vale por lo menos Z libras. De modo semejante y con mayor frecuencia, se toman decisiones sobre tratamientos de enfermedades que no revisten peligro de muerte.

Rara vez se explicitan estos valores implícitos. La tendencia es la formación de decisiones de manera que aquellos a quienes conciernen no se dan cuenta de las valoraciones que implícitamente van siendo computadas sobre las vidas que se salvan. Pero es posible examinar decisiones retrospectivamente y explicitar los valores utilizados. Por ejemplo Leach (1972) declara que en el Reino Unido, por los años 1960, una vida tenía un valor implícito de menos de 50 libras porque una prueba de 50 libras para mujeres embarazadas encaminada a evitar fetos muertos al nacer no se utilizaba con frecuencia.

De nuevo, como se indica en la tabla I, Gould ha afirmado (1971) que la DHSS valoraba la vida de un niño en menos de 1.000 libras. El ejemplo se basó en el rechazo de la DHSS a la introducción de envases de medicinas a prueba de niños, aparentemente a raíz de su precio. Acerca de este tema sería posible señalar: a) La extensión del problema actual, es decir, el número de niños envenenados todos los años por ingestión de fármacos. b) El efecto en la disminución de muertes y morbilidad y en el ahorro de costos del NHS (es decir, disminución de hospitalización). c) El costo de fabricar envases a prueba de niños.

Aun cuando, por supuesto, deben considerarse otros factores, se puede utilizar esta información como un ejemplo de la manera como se derivan los valores implícitos. Puesto que la DHSS indicó que la propuesta era demasiado cara, ello sugiere que consideraban los beneficios de menor valía que los gastos. Así,  $Ccp > V1 + V2 + Cs$ , es decir, los gastos de reforzar los envases a prueba de niños eran más elevados que los beneficios de una disminución de la mortalidad (V1) y la morbilidad (V2) y el ahorro del NHS en el costo (Cs).

Un cálculo hecho entonces (Gould, 1971) sugirió que los números relevantes eran Ccp

= 500.000 libras; Cs = 480.000 libras  $V1 = 20$  vidas. Si el ahorro en morbilidad se valoraba en cero, la desigualdad mencionada se convierte en  $500.000 > 20 \text{ vidas} + 0 + 480.000$  libras, es decir, 20.000 libras, sugiriendo que la vida de un niño se valoraba por término medio en menos de 1.000 libras.

Aunque no se pretende afirmar que estas cifras son exactas el ejemplo sirve para citar un simple método de deducción del valor implícito de la vida.

Al otro extremo del espectro, y citando un ejemplo de los Estados Unidos, la American Cancer Society, en cierta ocasión, respaldó el protocolo de una secuencia de seis análisis de heces para sangre oculta, como criba del cáncer del colon. En un estudio por Neuserhauser y Lewicki (1975) se señala que supuesto el incremento de costos y beneficios en la sexta prueba (es decir, el costo adicional y casos descubiertos por una sexta prueba comparado con sólo cinco), supondría un costo marginal (i.e., extraordinario) de 47 millones de dólares por cada caso de cáncer de colon, descubierto por la prueba.

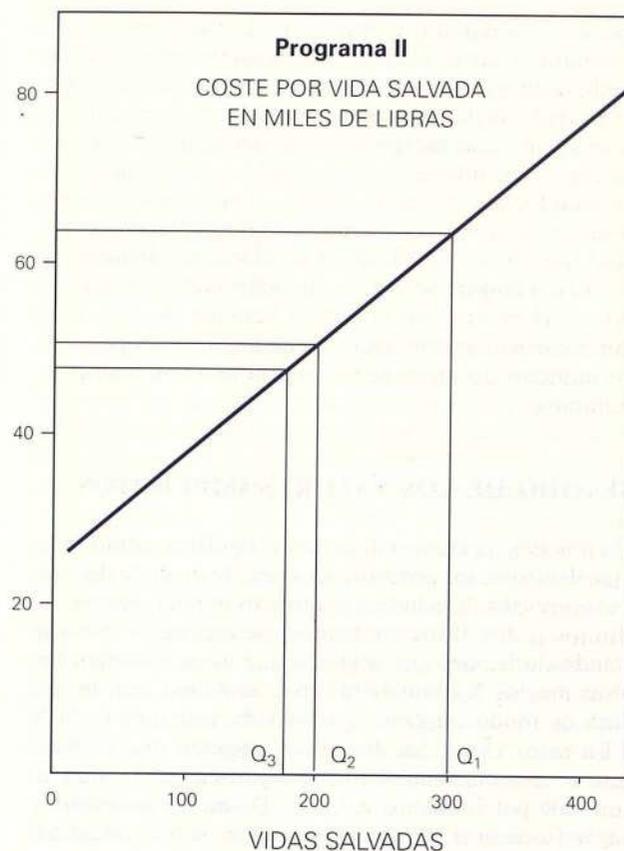
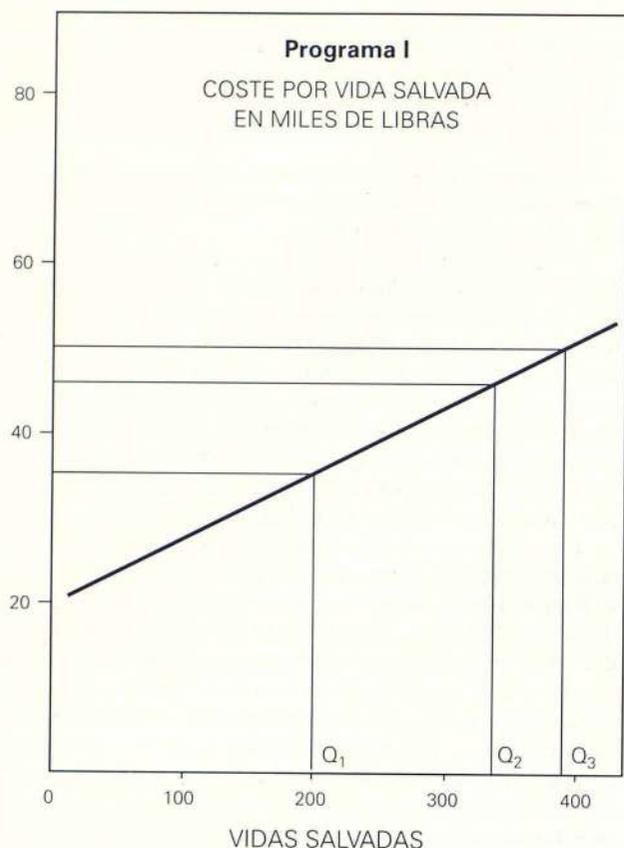
Pero, ¿por qué preocuparse de estudiar estas decisiones retrospectivamente para determinar estos valores? Hay, por lo menos, tres razones. En primer lugar tenemos el problema de la equidad. Por cierto número de vidas salvadas, la ética del NHS sugeriría una cobertura equivalente de recursos. Segundo, y más importante en lo que se refiere a la planificación, son los problemas de consistencia y de eficiencia. La consistencia no es por necesidad una virtud en sí misma. Se convierte en virtud en lo que se refiere a la eficiencia si conduce a un nivel más elevado de rendimiento, al utilizar los mismos recursos. Si un análisis por valores implícitos revela que, por el mismo tipo de rendimiento, el valor implícito de cada unidad adicional de rendimiento es más alto en un caso que en otro, esto, a su vez, descubre un implícito exceso de inversión en la primera área en relación con la segunda. Desplegando los fondos de la primera área a la segunda, el balance será tal que el rendimiento perdido en la primera área será más que superado por el rendimiento en la segunda y se obtendrá un beneficio neto global de productividad del servicio sanitario. Esto puede verse en el gráfico de la página siguiente.

En el programa I, asumiendo inicialmente que se salvan 200 vidas (i.e., el nivel de suministro es Q1), el costo de salvar la vida *marginal* es de 35.000 libras; en el II, donde el nivel de suministro es también Q1, es de 65.000 libras con 300 vidas salvadas, y el número total es de 500. Si el II reduce el suministro a Q2, se salvarían sólo 200 vidas, es decir, de 100 vidas menos. Los ahorros serían de  $100 \times 1/2$  (65.000 libras + 52.000) lo que equivale a 5,9 m de libras. Si estos 5,9 m se gastaran en el programa I, 145 vidas salvadas se podrían añadir al total —y esto sin añadir ningún gasto al costo global—. Entre todas, la solución más eficaz —asumiendo que todas las vidas tienen el mismo valor— se da donde el costo marginal de salvar una vida en el programa I iguala el del programa II. Esto ocurrirá en Q3 cuando ambos programas tengan un costo marginal por cada vida salvada de 65.000 libras, y el programa I salvará 380 vidas y el programa II 167 y el total de vidas salvadas será de 547. Cualquier otro intercambio de recursos entre estos dos programas daría como resultado un descenso en el total de las vidas salvadas.

La tercera razón está directamente relacionada a la cuestión de la valoración de los enfoques. Si cierto número de aná-

## Costes marginales para salvar vidas en dos programas

(Ejemplo hipotético)



lisis se pudiera llevar a cabo sobre decisiones anteriores en los proyectos de sanidad para salvar vidas, se puede predecir que surgiría una jerarquía de valores distribuidos alrededor de un promedio. Una vez obtenido éste sería posible utilizar este valor retrospectivamente para valorar futuras propuestas que incluyan salvar vidas al asumir que este valor ya fue expresado por los que formulan decisiones públicas. Ciertamente, hay buenas razones por las que el valor de la vida no debería ser el mismo en todo el servicio sanitario —distintas normativas prácticas conducirán a diferentes modos de añadir años en la extensión de vida; la calidad de vida puede también estar sujeta a variaciones, etc. Sin embargo, si se usara este promedio de valor y toda desviación del mismo debiera justificarse, es muy probable que se podrían salvar más vidas y los recursos sanitarios se utilizarían con mayor eficacia.

El verdadero mérito de este enfoque es que es de fácil aplicación, una vez las investigaciones sobre las decisiones del pasado y los promedios de valores implícitos han sido asentados. Con todo, no es inmediatamente claro de qué manera los promedios de valores establecidos puedan ser puestos al día con el paso del tiempo.

Este enfoque refleja de modo inevitable cómo se llevan a cabo en la actualidad los procesos de formulación de decisiones, que son por regla general una mezcla de preferencias del gobierno, parlamento, profesión médica, profesionales sanitarios y de los pacientes. Ciertamente, esto garantiza los procesos actuales. Por consiguiente, el enfoque queda justificado, sólo si se considera como método correcto de valoración subyacente en el NHS. Brevemente, a corto plazo, por lo me-

nos —que en la práctica puede ser un largo recorrido— es improbable que la base de estos procesos de formulación de decisiones sufra una alteración radical.

## CONCLUSIÓN

Quizás la principal conclusión de este artículo ha de ser que los temas más importantes que rodean el tema de la valoración del sistema de la salud están repletos de dificultades. En parte y no pequeña, esto se debe, al sistema o sistemas de valores, manifiestamente conflictivos en los que se basa y actúa el sistema. En parte, ello es debido a las dificultades técnicas que lleva consigo la asignación de valores actuales a los resultados del servicio sanitario. Decidir qué sistema de valores debe utilizarse es de por sí un juicio moral muy importante.

Por consiguiente, las preguntas planteadas antes sobre valores subyacentes se convierten en trascendentales. ¿Hasta qué punto deberían acentuarse las preferencias del consumidor individual en las decisiones sobre suministro del cuidado sanitario? En lo que se refiere al valor de la vida, ¿deberían primar los valores del paciente (actuales o de cara al futuro), del público en general, de los políticos, de los administradores, de los clínicos? Por ejemplo, el objetivo del tratamiento del cáncer de mama ¿es extender al máximo los años de vida o mejorar la calidad de vida? Y cuando estos valores entran en conflicto, ¿quién debe decidir sobre su importancia relativa: los médicos o la mujer?

No pertenece a los economistas (con mayor razón que a la profesión médica) determinar qué valores deberían ser adoptados o no. El análisis económico puede señalar las posibles ramificaciones de los distintos sistemas de valores y sugerir, quizás, el contexto de las decisiones a las que uno podrá amoldarse mejor que a otras. Una vez se ha adoptado un sistema de valores, la filosofía e instrumentos del análisis económico pueden ayudar a asegurar una planificación mejor y más eficaz del uso de los recursos sanitarios.

Sin embargo, una cosa queda clara: No se pueden evitar los problemas de la valoración. En cuanto pueda parecer que existe una actitud de eludirlos en los procesos de toma de decisiones en los sistemas sanitarios actuales, ello se debe a que los valores permanecen implícitos, quizás inconsistentes e incluso, en algunas ocasiones, irracionales. Los problemas de valoración no pueden ser evitados. Ni lo son. Cualquier sistema de valores que se cree política, moral y socialmente válido para el servicio de salud —y ésta es una petición de principio que los economistas no pueden resolver— los instrumentos del análisis económico pueden utilizarse para determinar qué valores monetarios deberían darse a los resultados sanitarios.

El debate que late en el sistema de valores ha existido desde los comienzos del sistema sanitario. Comúnmente no ha sido expresado en estos términos. Sin embargo, una de las preguntas más fundamentales que palpitan bajo las tensiones, ansiedades y conflictos sobre el servicio sanitario no tiene ninguna relación con la posibilidad de otorgar a la vida humana un valor monetario. No hay debate aquí: nosotros lo creamos. Pero la pregunta es: ¿quién detenta los valores apropiados?

El problema de la alternativa cómoda al estilo del avestruz, consiste en enterrar todos los temas mencionados. El enfoque económico no puede producir *soluciones últimas*. Lo que puede hacer es, primero, manifestar aquellos elementos de cualquier solución que pueden ser motivo de controversia a fin de que un examen completo por personas competentes pueda llevarse a cabo, y segundo, proveer algunas técnicas operacionales que obtengan resultados cuantitativos tan pronto como el punto de partida, relacionado con los valores fundamentales haya sido determinado. Por consiguiente, la ciencia económica tiende a ser blanco de oposición no por aquellos que buscan eficiencia y equidad en el NHS sino por los que prefieren que sus decisiones no sean cuestio-

nadas e incluso que sean incuestionables o por los que tienen motivo para temer las consecuencias de una valoración de su práctica o simplemente prefieren una vida tranquila. La ciencia económica no es sólo la sirvienta de la eficiencia y de la equidad, sino que ¡incluso comparte la noble causa de la sociedad abierta!

## BIBLIOGRAFÍA

- BERGSTROM, T. C. (1982): *Is a man's life worth more than his human capital?* In *The Value of Life and Safety*, (ed.) M. W. JONES-LEE (Amsterdam: North Holland).
- DAWSON, R. F. F. (1971): *Current Costs of Road Accidents in Great Britain*. (Crowthorne: Road Research Laboratory).
- DEITCH, R. (1983): *Commentary from Westminster*. *The Lancet*, 2, 1316.
- GHOSH, D., LEES, D. y SEAL, W. (1975): *Optimal motorway speed and some valuations of time and life*. *The Manchester School of Economics and Social Studies*, 43, 134-43.
- GOULD, D. (1971): *A groundling's notebook*. *New Scientist and Science Journal*, 51, 217.
- JONES-LEE, M. W. (1976): *The Value of Life: An Economic Analysis*. (London: Martin Robertson).
- LEACH, G. (1972): *The Biocrats*. (Harmondsworth: Penguin)
- LOGAN, R. F. L., KLEIN, R. E. y ASHLEY, J. S. A. (1971): *Effective management of health*. *British Medical Journal*, 2, 519-21.
- MELINEK, S. J. (1974): *A method of evaluating human life for economic purposes*. *Accident Analysis and Prevention*, 6, 103-14.
- MISHAN, E. J. (1971): *Cost-Benefit Analysis*. (London: George Allen and Unwin).
- MOONEY, G. H. (1977): *The Valuation of Human Life*. Basingstoke: Macmillan).
- MUIR GRAY, J. A. (1979): *Choosing priorities*. *Journal of Medical Ethics*, 5, 73-5.
- NEUHAUSER, D. y LEWICKI, A. M. (1975): *What do we gain from the sixth stool guaiac?* *The New England Journal of Medicine*, 293, 226-8.
- PETTY, SIR W. (1699): *Political Arithmetic or a Discourse Concerning the Extent and Value of Lands, People, Buildings, etc.* (London: Robert Clavel).
- SCHELLING, T. C. (1968): *The life you save may be your own*. In *Problems in Public Expenditure Analysis*, (ed.) S. B. Chase, (Washington: Brookings Institute).
- SINCLAIR, T. C., MARSTRAND, P. y NEWICK, P. (1972): *Human Life and Safety in Relation to Technical Change*. (Brighton: Science Policy Research Unit, University of Sussex).
- WEISBROD, B. A. (1962): *Economics of Public Health*. (London: Oxford University Press).

Publicado por el Nuffield Provincial Hospitals Trust

# Cuidados intensivos. Paradigma de las decisiones vida/calidad de vida

LH

III-1

## MEDICINA DE ALTA TECNOLOGÍA Y SUBIDA DE LOS COSTES SANITARIOS\*

*Eli Ginzberg*

*Desde los comienzos de los años 1970, los Estados Unidos han perseguido estrategias encaminadas a moderar el incremento de sus gastos anuales en sanidad. Investigando causas y remedios para la inflación, la medicina de alta tecnología (High-Tec Medicine) ha ido siendo identificada como el mayor culpable de la empinada subida de nuestros gastos sanitarios.*

*Con el fin de ilustrar este tema, este artículo ofrece una definición operacional del término HTM, examina los argumentos en favor de la HTM como más importante propulsor de la escalada de los costos del cuidado sanitario, con frecuencia contraproducente, repasa el papel que desempeñan las normas públicas de proceder en la rapidez de progresión, y concluye con algunas predicciones sobre el probable impacto de la medicina de alta tecnología en el futuro de los costos del cuidado sanitario en los Estados Unidos.*

*High tech medicine* (medicina de alta tecnología) puede ser definida simple y ampliamente como la suma de todos los adelantos en el conocimiento médico y de la técnica cuyo resultado ha sido el perfeccionamiento de la terapia del diagnóstico médico y de los procedimientos de rehabilitación, mejorados en el curso de las últimas décadas. High tech es la fuerza que impulsa la medicina moderna, aliada a la continua complejidad y cambio, consecuencia de la ininterrumpida investigación biomédica —básica y clínica— y su aplicación por medio de una tecnología nueva al tratamiento de pacientes.

Desde el fin de la segunda guerra mundial, y de modo más impresionante en décadas recientes, la HTM se ha convertido en sinónimo de medicina americana, percibida como tal por la mayor parte de la sociedad, de la profesión y del mundo

en general. El dinamismo de nuestro sistema de HTM es alimentado por cuatro fuerzas: las inversiones públicas a gran escala en la investigación biomédica (más de 17 mil millones de dólares al año); un sistema sofisticado de formación para estudiantes de carrera, con residencia y becas, lo que engendra una gran cantidad de especialistas y sub-especialistas; la disponibilidad de fondos públicos, voluntarios y privados para la continua modernización de los hospitales y el empleo de un personal más sofisticado; y las audaces empresas comerciales y capitalistas en busca de la explotación de los avances del conocimiento para desarrollar nuevos y mejores productos para el arsenal médico.

### FALACIAS COMUNES

*La HTM no es lo que el pueblo americano quiere o necesita.* A primera vista, esta declaración negativa sobre la HTM, citada con frecuencia, parece gozar de un apoyo considerable. Muchos americanos se lamentan de las dificultades que encuentran al intentar hallar un médico de cabecera competente que atienda a su cuidado y al de sus familias, un médico disponible y preparado a hablar con ellos y darles consejos. Es queja común de los que representan a personas de avanzada edad que en su distrito electoral queda por satisfacer una necesidad y ésta es el mejoramiento del acceso a las ventajas del cuidado sanitario y del tratamiento de larga duración en lugar de la atención perfecta por breve período de tiempo. Además, se nos ha sometido a un bombardeo de pruebas de que lo más importante para nuestro futuro sanitario es la adopción de un estilo de vida sano.

No es necesario minimizar el deseo que todos los americanos tienen de poder recurrir a médicos que dediquen más tiempo escuchando, explicando y aconsejando, o que ponen en tela de juicio la afirmación de que la falta de cobertura de seguro a largo plazo y de la disponibilidad inmediata de acceso a instituciones sanitarias coloca en grave riesgo el bienestar de los mayores, o que desafía la afirmación de que si la gente co-

\* GINZBERG, E.: *High-Tec Medicine and health cost high*. JAMA, april 4, 1990, vol. 263, n.º13.

miera mejor, hiciera más ejercicio, bebiera menos, y dejase de fumar viviría más o por lo menos gozaría de mejor salud. Pero, nada de todo esto, individual o colectivamente, constituye un argumento suficiente para afirmar que la mayoría de americanos no quieren más ni mejor HTM. Ellos quieren todo lo mencionado antes además de HTM.

**La HTM es responsable por la rápida escalada del costo de nuestro sistema sanitario.** El hospital ha sido y continúa siendo el centro de la HTM y el cuidado hospitalario constituye el único componente de importancia en el total de los gastos sanitarios, aproximadamente el 40 %. Los médicos que tratan a pacientes en periferias de cuidado ambulatorio también ponen su confianza en procedimientos terapéuticos y diagnósticos de alta tecnología; sus servicios justifican otro 20 %. Fármacos, accesorios y cuidado dental, usando todos progresivamente la alta tecnología, justifican el 20 %. Si se añade el desembolso necesario para construcción e investigación, ambos estrechamente relacionados a la HTM, el total se acerca al 85 %. La atención domiciliar es el único sector de importancia que usa la baja técnica, y justifica alrededor del 8 %.

Hay, sin embargo, dos maneras de interpretar estas cifras. Se deduce comúnmente que la Medicina de Alta Tecnología ha elevado al gasto sanitario de 280 mil millones de dólares en 1981 a 620 mil millones de dólares aproximadamente en 1989 (datos no publicados del Health Care Financing Administration, 1989). Sin embargo, una formulación alternativa y más convincente recalca que mientras el pueblo americano desee acceso a más y mejor cuidado médico, los gastos totales continuarán necesariamente subiendo cada día más. No se dispone de una alternativa de cuidado de baja tecnología, de bajo precio.

**Nuestro sistema de alta tecnología médica no sólo es muy caro sino también disfuncional para muchos individuos y para la sociedad.** En defensa de esta afirmación, los críticos de la HTM indican el número de personas en estado de coma mantenidas con vida durante años por medio de estos accesorios médicos para prolongar la vida, y los muchos neonatos con peso inferior a los 600, 700 y 800 gramos arrebatados de la muerte y estabilizados en sofisticadas guarderías para neonatos, muchos de ellos, por defectos de nacimiento, incapaces de vivir vidas normales<sup>2</sup>. El argumento decisivo de los críticos de la naturaleza disfuncional de gran parte de las HTM es la evocación de que cerca del 30 % del desembolso anual para hospitalización de pacientes de Medicare se destina a los que morirán antes de 12 meses, la mayoría de ellos antes de 6<sup>3</sup>. Con reembolsos de Medicare alrededor de 100 mil millones, esta crítica no debe ser tomada a la ligera, y mucho menos, desatendida.

Hay buenas razones para que el liderazgo médico y el público establezcan un diálogo mutuo dirigido a la dilucidación, en caso que la codificación no sea posible, de los problemas del HTM cuando se trata de pacientes en estado comatoso o de neonatos con serios defectos de nacimiento. Pero la base de esta preocupación tiene menos que ver con la economía que con la ética. En lo que se refiere a personas de edad muy avanzada, es importante notar que los médicos, que suelen recurrir a medidas agresoras, pueden juzgar del éxito o del fracaso de sus intervenciones sólo retrospectivamente, y no pros-

pectivamente. Muchos más son los beneficiarios de Medicare hospitalizados por más de un año, que al ser dados de alta, sobreviven y funcionan en los doce meses siguientes, que los que mueren. Entre los dados de alta después de breves períodos en el hospital, la proporción de los que mueren en el último año de vida comparada con la de los que sobreviven es más o menos de 1:4.

**Hay en nuestra sociedad una necesidad urgente de hacer inversiones de sumas substancialmente mayores con el fin de desarrollar la valoración de la tecnología y estudios sobre resultados.** El conocimiento convencional sostiene que no sabemos lo que hemos adquirido por los 620 mil millones de dólares que gastamos en 1989 en concepto de cuidado médico. Para empeorar la situación, muchos pacientes están sometidos a procedimientos terapéuticos y diagnósticos de dudoso provecho; de hecho algunos de los procedimientos son en verdad perjudiciales. Los analistas nos recuerdan que hay un incentivo económico para que médicos sin escrúpulos recurren a pruebas y terapias innecesarias o dudosas.

Ante todas estas denuncias que pueden ser corroboradas, ¿cómo podría alguien oponerse a una mayor inversión de recursos en asesoramientos y valoraciones? La disminución de la incertidumbre debería, ciertamente, contribuir a la mejora de la calidad de la atención así como a la disminución del costo. ¿Hay alguna duda de que un mayor esfuerzo en la valoración produciría mayores beneficios por año?

En el transcurso de un año, los americanos comienzan más de un billón de visitas médicas de carácter ambulatorio en diversos establecimientos —despachos privados, clínicas para pacientes transeúntes, departamentos de urgencias y centros de cuidado ambulatorio. Los 33 millones de pacientes que están hospitalizados por término medio 6 días y medio efectúan otros 300 millones de visitas a reconocidos médicos, consejeros y personal de enfermería. Cuando se considera que cada paciente es único y que no hay dos con idénticos síntomas, se pone de manifiesto la relevancia de la inherente gama de variación en la selección del protocolo terapéutico y en la valoración de resultados terapéuticos.

Además, la variabilidad no se limita a pacientes. El medio millón de médicos con licencia para tratar pacientes cubre tres grupos de diferentes edades: recientemente licenciados, veteranos, y los de en medio. Difieren en formación médica, en especialidad y en la medida en que se han ido formando gradualmente en su disciplina; ejercen su práctica en distintas áreas y diversos ambientes. Todos estos factores ejercen su influencia en la formulación de sus respectivas decisiones médicas.

Existe, además, otra complicación que se opone al esfuerzo de proceder a la evaluación. La innovación médica es un continuo, nunca un proceso consumado. Puesto que lo nuevo ofrece la promesa de un resultado mejor, surge la necesidad de situar el tiempo empleado en la recolección y evaluación definitiva de los datos contra la valoración que tiene el poder proporcionar un acceso más rápido a los pacientes que podrían beneficiarse con éste.

En vista de lo dicho, una mayor inversión en la valoración de la tecnología y en el cómputo de los resultados contribuiría a un adelanto en la calidad del cuidado, aunque no es probable que se atenúe la tendencia al crecimiento de los costos sanitarios.

## RESPUESTAS A LAS FALACIAS MÁS COMUNES

Como contraproposiciones a las falacias sobre la Medicina de Alta Tecnología ofrecemos las siguientes:

- Los americanos quieren más, no menos, Medicina de Alta Tecnología.
- La Medicina de Alta Tecnología no puede ser responsable del crecimiento del gasto en sanidad; no existe una alternativa de bajo coste.
- No es verdad que la Medicina de Alta Tecnología es disfuncional. Lo que sí es verdad es que muchos pacientes de edad avanzada mueren durante los 12 meses de hospitalización.
- Más y mejor valoración de la tecnología y estudios sobre resultados podrían contribuir a la calidad de la atención, pero no es probable que estos estudios puedan detener con eficacia los costos.

¿Cómo fue que la medicina de alta calidad llegase a dominar el cuidado sanitario en los Estados Unidos? Los americanos han estado por largo tiempo infatuados por la tecnología e innovación, y esta predisposición, que pacientes, médicos y los hospitales comparten por igual, ha marcado con su sello nuestro sistema sanitario. Pero ésta no es por entero toda la historia, y gran parte de la misma tiene dos actores principales: el gobierno federal y los centros académicos de sanidad.

En su informe de 1945, *The Science: The Endless Frontier*, Vannevar Bush, consejero científico del presidente Franklin Delano Roosevelt, recomendó que el gobierno federal jugara un papel más importante en el apoyo a la ciencia. Propuso una entrega inicial de 5 millones de dólares para investigación biomédica, aumentándola con el tiempo hasta quizás 25 millones. Sin embargo, el gobierno federal hizo más que simplemente aumentar su contribución a la investigación biomédica en el orden de magnitud. Al mismo tiempo, puso a disposición de comunidades limítrofes grandes sumas para construir hospitales, y en los años 1960 tomó el liderazgo en la ampliación de personal médico, al financiar directamente Facultades de Medicina y a estudiantes de medicina. Su éxito puede ser comprobado por el aumento de médicos en activo de 144 por cada 100.000 habitantes en 1960 a 230 por 100.000 hoy. Es probable que al final de la década, la proporción será de 260 a 275 por cada 100.000. El gobierno federal proporcionó por medio de Medicare y Medicaid abundantes fondos para el cuidado de las personas de edad avanzada y de los pobres, con este fin proporcionó los dólares necesarios para que los hospitales modernizaran y mejoraran la calidad de sus facilidades y competencias.

Uno de los resultados del abundante flujo de fondos federales al sistema sanitario fue la diligente preparación del grupo académico sanitario moderno, que empujó a los Estados Unidos a una carrera acelerada hacia el desarrollo de la alta tecnología, destinando abundantes fondos a la investigación biomédica. Los centros pilotos de educación médica desviaron en varios grados el foco de su interés en la instrucción de estudiantes de carrera de medicina hacia la investigación biomédica.

Sin mucha deliberación y con un planeamiento menos consciente, la misión de la educación médica cambió de un programa típico de 4 años de carrera seguido de 1 de internado a una carrera mínima de 7 años de universidad y formación

clínica para la obtención de la calificación inicial y de 2 a 5 años de preparación adicional para la especialización o sub-especialización. Quien haya observado esta transformación substancial no puede dudar del papel desempeñado en la transformación del cuidado sanitario en los Estados Unidos a la Medicina de Alta Tecnología, por la orientación adoptada por las escuelas médicas piloto y la casi duplicación del tiempo requerido por muchas especialidades para obtener el certificado de capacitación de parte del tribunal.

Como resumen, nuestro sistema contemporáneo de Alta Tecnología es el resultado de más de tres décadas de financiación liberal federal a la investigación y a los servicios para personas de edad avanzada, con el centro académico sanitario imponiendo su método y ampliando el de personal médico, especialistas, guiando los milagros de la medicina moderna por todo el país, desde las áreas urbanas a la periferia.

A no ser que el público se comprometa a llevar a cabo una vuelta atrás sin precedentes a favor de la reducción de los recursos puestos a disposición de la investigación biomédica, y opte por un racionamiento de material médico de alto coste, es inevitable que la Medicina de Alta Tecnología continuará dominando el sistema del cuidado sanitario. Los que se oponen a esta tendencia deben presentar innegable evidencia que justifique un corte severo de la financiación nacional a la investigación biomédica e identificar alternativas al cuidado sanitario que prometa a los americanos resultados por lo menos iguales, sino mayores que los obtenidos ahora, por los progresos de la Medicina de Alta Tecnología. A falta de esta evidencia, la única conclusión razonable es que la Medicina de Alta Tecnología dominará el futuro como dominó en el próximo pasado.

## ALGUNOS PRONÓSTICOS MODERADOS

Una mirada hacia las últimas décadas nos brinda unas pautas del probable curso que seguirán los hechos en los años por venir.

A continuación algunos pronósticos moderados.

- La Medicina de Alta Tecnología es normativa en los Estados Unidos, y es evidente la tendencia favorable a su uso, a juzgar por los resultados de las encuestas al pueblo americano.
- Las medidas de control de costo, que van desde el análisis de su utilización hasta su cuidado administrativo, han fracasado en disminuir de modo notable el alza en los gastos del cuidado sanitario. El entusiasmo actual en la valoración de resultados para medir la eficiencia y la adecuación de los tratamientos puede mejorar la calidad del servicio médico, pero las probabilidades de su contribución a la disminución de gastos son mínimas: los gastos de extensión de los servicios que se desean y no se utilizan como deberían utilizarse excederán muy probablemente a lo que se ahorre en la eliminación de servicios innecesarios. En 1988, la National Leadership Commission on Health Care, un cuerpo que representa segmentos heterogéneos de la cultura americana, recomendó que se desembolsaran 500 millones de dólares al año en investigación de servicios sanitarios. Se puede argüir si esta investigación proporcionaría alguna información que fuera útil a la práctica clínica, pero la aspiración de la comisión de ahorrar 84 mil millones de dólares entre 1990 y 1993 no es realista.

- El aumento constante del grupo de los de edad avanzada, especialmente de los mayores de 85 años, alimentará el crecimiento de los costos, puesto que el aumento de este conjunto implica una expansión desproporcionada de la utilización de los servicios de sanidad. A no ser que se convengan del argumento de que el uso de los servicios de Medicina de Alta Tecnología deben ser racionados conforme a la edad, propuesta que probablemente no será aceptada por el público americano, la nación debe hacerse a la idea de la continua alza del gasto sanitario.
- El público está preocupado por el hecho de que 37 millones de americanos carecen de seguro y que el programa de Medicaid fracasará al haber cubierto 3 de cada 5 por los que fue diseñado. Más pronto o más tarde, actuaremos con el fin de ampliar la cobertura de Medicaid y se dará acceso a los pobres y a los no asegurados a la inasequible, hasta ahora, Medicina de Alta Tecnología. Inevitablemente el costo total sanitario subirá aún más.
- Por otra parte, la reacción pública y del Congreso ante las catastróficas enmiendas a Medicare deberían servir de aviso a los precipitados esfuerzos de transformar esperanzas sin realizar, en nuevos compromisos. Mejorar el acceso a los pobres y a los no asegurados, será una tarea de por sí suficiente, sin adoptar en un futuro cercano nuevas obli-

gaciones sobre cuidados de larga duración y otros programas costosos.

No hay nada inherentemente perjudicial en el gasto de 680 mil millones en servicios médicos en una economía de 5 trillones de dólares. Ni hay tampoco razón alguna que impida a una economía de 6 a 7 trillones de dólares que destine 1 trillón de dólares o incluso más para sus servicios sanitarios. El nudo del problema consiste en el crecimiento de la economía de los Estados Unidos en las próximas décadas en un promedio del 1,5 % anual o del 3 %. Al 1,5 %, el incremento de los costos en el cuidado médico podría absorber la mayor parte del incremento del producto anual bruto; un crecimiento del 3 % que equivale a 150 mil millones de dólares adicionales por año, la nación podría cubrir la creciente cuenta de cuidado sanitario y sobrarle un remanente importante para otros usos socialmente deseables como aumento del gasto educativo, habitación e infraestructuras. La Medicina de Alta Tecnología no es el villano y su restricción no es una estrategia que sea preferible; un crecimiento económico lento es el reto al que debemos hacer frente y derrotar.

NOTA: Miriam Ostow, senior research associate for Conservation of Human Resources, Columbia University, New York, N.Y., ayudó en la preparación de este artículo.



## FUNDACION JUAN CIUDAD

O.N.G. PARA PROMOCION DE LA SALUD EN EL TERCER MUNDO

---

HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS

# SALUD

*para todos*

La fundación desarrolla su labor humanitaria  
con 6.000 camas hospitalarias en África y América Latina

FUNDACION JUAN CIUDAD - O.N.G.  
C/ Herreros de Tejada, 3  
28016 MADRID • Telf.: 457 55 03

CONTRIBUYE CON:

- Medicamentos
- Instrumental y  
aparataje sanitario
- Alimentos
- Ayuda económica

Banco Santander / Suc. 139 (Madrid) / N° Cuenta: 13.726

# USO DE ESTRATEGIAS PARA UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS\*

Paul E. Kalb, M.D. y David H. Miller, M.D.

*Los recursos destinados al cuidado crítico van estando sujetos a racionamiento en los Estados Unidos, es decir, no se proporciona todo el cuidado intensivo que podría aportar un beneficio a todos los pacientes que lo deseen. Aunque se desconoce la proporcionalidad del racionamiento, éste sucede todos los días en algunos hospitales y es probable que ocurra, por lo menos ocasionalmente, en muchos hospitales. Valiosa evidencia sugiere que las prácticas del presente racionamiento tienen, en gran manera, un carácter subjetivo y con aparentes faltas de equidad. Es creencia pública que el cuidado intensivo es un bien para muchos pacientes, a pesar de la asombrosa insuficiencia de datos que lo corroboren. Puesto que esta clase de cuidado se rehúsa a algunos pacientes, los hospitales deberían adoptar pautas claras en lo que se refiere al racionamiento, o bien obrar con firmeza y evitar el racionamiento, reformando el suministro o las peticiones de cuidado intensivo. Se presentan aquí argumentos razonables en defensa de ambos enfoques, como también sugerencias para su cumplimiento.*

Recientemente se ha prestado mucha atención a los problemas relacionados con la administración de los escasos recursos médicos en general, y a la insuficiencia de recursos para cuidados intensivos, en particular. Los problemas inherentes a la administración de los recursos para los cuidados intensivos son únicos en muchos aspectos, pero representan las dificultades que se hallan en la formulación de decisiones clínicas ante la insuficiencia de recursos en general. La pregunta de cómo se debería proceder para perfeccionar el uso de recursos para los cuidados intensivos ha sido la razón que justifica este examen de los temas técnicos y filosóficos y el análisis de diversas soluciones razonables. Enfocamos exclusivamente las soluciones que se disponen a nivel de hospital o de unidad; no tratamos las políticas sanitarias.

El racionamiento acontece cuando «no se proporciona a todos los pacientes todos los cuidados que podrían aportar un beneficio». El racionamiento incluye la distribución de los insuficientes recursos para el cuidado de la salud a todos los ciudadanos que compiten por ellos.

Según nuestra experiencia, el racionamiento de recursos para los cuidados intensivos es común e ineludible. Constantemente se elige entre los pacientes que han expresado su de-

seo de someterse a cuidados intensivos o los que deberían o no ser admitidos en las camas disponibles en las unidades de cuidados intensivos. A pesar de esta observación clínica, hay pocos estudios empíricos que documenten la frecuencia o la magnitud de este fenómeno<sup>2-4</sup>. Un estudio<sup>4</sup> confirma nuestra experiencia y describe el racionamiento como algo que «ocurre todos los días», una conclusión deducida del hecho de que pacientes admitidos en una unidad de observación, en tiempo de escasez de camas, se hallaban en peor estado, proporcionalmente, que los que habían sido admitidos en tiempo de abundancia de camas. Hay evidencia de que el racionamiento puede continuar incluso después de la admisión. Por ejemplo, Champion y colab.<sup>5</sup> advirtieron que los pacientes de edad avanzada, no supervivientes, ocasionaban menores gastos que otros más jóvenes, lo que sugiere que en el primer grupo se retiró el cuidado con mayor celeridad. Es improbable que muchas unidades de cuidados intensivos no hayan experimentado alguna vez insuficiencia de camas; por consiguiente la mayoría de unidades deben racionar el cuidado, por lo menos por algún tiempo.

Hay evidencia de que el racionamiento, del modo practicado ahora, es partidario y falto de equidad. Tres estudios, por lo menos, documentan que frecuentemente son las consideraciones subjetivas las que ejercen su influjo en las decisiones sobre el tratamiento. Por ejemplo, Crane<sup>6</sup> observó que la «capacidad social esperada», conjetura sobre la probable capacidad que tendrá el paciente de inter-actuar significativamente fue un factor crítico para determinar el grado de tratamiento agresivo que emplearon los médicos. En otros estudios, Pearman y colab.<sup>7</sup> y Perkins y colab.<sup>8</sup> concluyeron que consideraciones como calidad de vida, preferencias familiares y contribución potencial a la familia y a la sociedad eran factores de suma importancia en las decisiones de tratamiento médico.

El racionamiento informal depende de la relativa escasez de recursos para los cuidados intensivos. Esta relativa escasez es el resultado de una demanda progresiva y de un mercado restringido. La demanda proviene de una sociedad que envejece y de la urgencia de una población siempre en crecimiento de pacientes *potencialmente recuperables* resultado de los adelantos médicos y quirúrgicos. El mismo conocimiento de estos avances médicos crea con frecuencia la expectación de que deberían ser empleados de rutina dando así sentido al proverbio familiar que «todo lo que se puede hacer debería hacerse».

También los médicos contribuyen a la demanda de recursos para cuidados intensivos. Después de todo, su formación va encaminada a prolongar la vida, creando un imperativo tecnológico para que usen aquellas técnicas como se les ha ense-

\* KALB, P. and MILLER, D.: *Critical Care Resources*. JAMA, april 28, 1989, vol. 261, n.º 16.

ñado. Como resultado, la tecnología avanzada genera su propia demanda.

Además, incertidumbres inherentes al mismo proceso de formulación de decisiones pueden contribuir a un uso excesivo. Cuando decisiones sobre restricción o interrupción del tratamiento de la terapia se aplazan por dudas éticas, morales o legales, los pacientes pueden a veces recibir cuidado intensivo prolongado sin esperanza razonable de recuperación. La incertidumbre en la determinación del pronóstico y las dificultades inherentes a la aplicación de probabilidades estadísticas al tratamiento de pacientes individuales también obscurcen la formulación de decisiones en el caso de pacientes críticamente enfermos.

Con respecto al suministro, los recursos humanos y económicos son limitados. Mientras ha habido casos de escasez en lo que se refiere a recursos humanos (principalmente en la forma de personal de enfermería experto), la mayoría de restricciones son debidas a limitaciones de fondos a disposición de las unidades de cuidados intensivos. Las limitaciones económicas vienen impuestas por medidas de contención de precios de la industria en general y, para ciertos sectores de la población como los pacientes de Medicare, por tarifas fijas de pago por caso. Tarifas fijas de pago, basadas en promedios de los costos, discriminan necesariamente el uso de los cuidados intensivos. Además, las restricciones gubernamentales sobre expansión de unidades de cuidados intensivos impuestas por la ratificación de certificados-de-necesidad pueden ser reflejo de restricciones tanto de carácter político como de carácter económico.

Ante la evidencia de que el racionamiento informal es común (o por lo menos ocasional), y supuesta la evidencia de que este racionamiento puede estar sujeto a prejuicios, los hospitales deben desarrollar alguna estrategia para poder sobrellevar el problema de la relativa insuficiencia de recursos para los cuidados intensivos.

Por el momento, este problema puede ser enfrentado, por lo menos con cualquiera de dos estrategias generales. Primero, los recursos pueden ser explícitamente racionados por haberse llegado a una prioridad formal de las normas de admisión a las unidades de cuidados intensivos, o segundo, tomando medidas claramente definidas para evitar este racionamiento explícito. Aun cuando estas estrategias son filosóficamente incompatibles, no son en terreno práctico, en modo alguno mutuamente exclusivas. Un hospital podría tomar medidas específicas para disminuir la frecuencia de decisiones de racionamiento, pero podría, a la par, aplicar un sistema de racionamiento formal en tiempos de crisis.

Este artículo estará dividido en tres partes. Primero, discutiremos la valía, la eficacia y el costo de las unidades de cuidados intensivos. Segundo, definiremos los elementos de un racionamiento moderado, presentaremos los argumentos en favor del racionamiento y expondremos el esquema de un sistema de racionamiento modelo. Finalmente, presentaremos los argumentos contra el racionamiento, discutiremos medios para evitarlo y propondremos datos empíricos para apoyar este enfoque.

## VALÍA

Cualquier debate sobre la posibilidad del racionamiento de recursos destinados a cuidados intensivos y modo de llevarlo a cabo presupone que poseen alguna valía. Definir ésta

es difícil en extremo, por depender en parte de las variaciones de perspectiva del espectador; lo que tiene valor para el enfermo puede no tenerlo para el médico o para la institución.

Desde la perspectiva del paciente, la unidad de cuidados intensivos tiene valor si restringe eficazmente la mortalidad o morbilidad, mejora la función o proporciona bienestar.

Desde la perspectiva general del médico, una unidad puede tener valor porque permite la división del trabajo —enfermos en estado crítico pueden ser trasladados al cuidado de especialistas, así mitigando la obligación de que todos los médicos sean intensivistas expertos. Desde la perspectiva del intensivista, las unidades proporcionan la oportunidad de aprender y practicar habilidades muy especializadas y de ofrecer estos servicios de forma uniforme y centralizada.

Desde la perspectiva de la institución, las unidades de cuidados intensivos pueden tener valor en otros sentidos. Pueden ser, por ejemplo, el medio más eficaz de cuidar a pacientes más enfermos, o las unidades de alta especialización pueden contribuir al prestigio de la institución como centro de referencia. Ciertas unidades pueden también servir de círculos de investigación y enseñanza.

Los méritos relativos de todos estos valores dependen de un conjunto de prejuicios sociales, religiosos y personales que pueden oscurecer cualquier tentativa de valoración cuantitativa. Las funciones de una unidad de cuidado crítico pueden colocarse dentro de un espectro, circunscrito por un lado por trabajos de cuidado intensivo, como infusión de múltiples fármacos o funcionamiento de ventiladores mecánicos, y por otro, por actividades de control que pueden desencadenar una respuesta rápida ante el aviso de cualquier incidente que pueda amenazar la vida. Las primeras actividades tienen como fin el enfoque de problemas habituales, mientras las segundas van encaminadas a la supervisión y tratamiento cuando se necesite. Las enfermedades tratadas en las unidades de cuidados intensivos se hallan en un amplio espectro que va desde el fallo multisistémico de órganos hasta los síndromes relacionados únicamente con el potencial de deterioro.

La adjudicación de valores relativos a los dos extremos de actividades requiere análisis subjetivos y datos cuantitativos. Tomemos, por ejemplo, dos hipotéticos pacientes con taras de mortalidad supuestas con la finalidad de facilitar la discusión. Al primero, con fallos multisistémicos, se le anticipa un descenso del riesgo de mortalidad del 12,5 %, del 80 % al 70 %. Al segundo, con infarto agudo de miocardio, se le anticipa una disminución de mortalidad del 50 %, del 10 % al 5 %. El primero tiene una elevada tasa de mortalidad con o sin cuidados intensivos, pero puede esperar un beneficio marginal. El segundo paciente tiene una tasa de mortalidad baja incluso sin cuidados intensivos, pero con un potencial más elevado de beneficios marginales. No es fácil escoger entre ambos pacientes —el análisis de una grave enfermedad recomendaría el primer paciente; el análisis de los beneficios marginales, el segundo.

El hipotético dilema viene oscurecido por las restricciones físicas y de personal de la mayoría de hospitales que tienen solamente en determinadas circunstancias lo necesario para el cuidado de los pacientes más graves. La necesidad física impone, por regla general, qué pacientes con fallos multi-orgánicos sean admitidos en la unidad; por consiguiente las opciones filosóficas difíciles son con frecuencia desatendidas. Estas restricciones disponen que el criterio imperante en la admisión a una unidad de cuidado crítico sea la gravedad de la enfermedad más que los beneficios marginales.

## EFICACIA

Por desgracia, la eficacia no puede ser determinada con el grado de precisión sugerido por este ejemplo. A pesar de muchos estudios que valoran la eficacia de las unidades de cuidados intensivos, ha sido difícil comprobar los beneficios que producen. Esta dificultad tiene su origen, en parte, en la variedad de definiciones de beneficio, incluida la disminución de la mortalidad, los resultados del mejoramiento funcional y la disminución del riesgo yatrogénico. La disminución de la mortalidad ha sido evaluada muy cuidadosamente, con muchos estudios de pacientes con diagnósticos cardíacos (tabla I) y no-cardíacos (tabla II).

En lo que se refiere a infartos de miocardio, diseños mediodores de estudios, utilizando controles históricos, controles no randomizados, y grupos de pacientes cuidadosamente escogidos han limitado la posibilidad de estos estudios de establecer con firmeza la eficacia de las unidades coronarias de cuidados intensivos. Hay que añadir que los intentos para demostrar la eficacia del cuidado de la unidad con pacientes afectados de otras enfermedades incluyendo edema pulmonar<sup>26</sup>, fallos respiratorios<sup>27, 28</sup>, bacteriemia y enfermedades cerebrales vasculares han dado resultados variables (tabla II). Los pocos estudios que han evaluado resultados funcionales más que la supervivencia han llegado también a conclusiones conflictivas.

TABLA I  
Valor de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)  
frente a formas alternativas de cuidados a pacientes que sufren infartos de miocardio agudos

Método de comparación	Fuente, y	Número de pacientes		Beneficio derivado	Magnitud del beneficio Tasa de mortalidad, % (N)	
		Estudio	Control		Estudio	Control
UCI frente a cuidado hospitalario anterior a UCI	Restieaux y otros, (9) 1967	150	...	Disminución de mortalidad	14 (21/150)	28...
	Wallace y otros, (10) 1967	75	...	Disminución de mortalidad	16 (12/75)	28...
	Brown y otros, (11) 1963	146	...	N/S*	36 (52/146)	40...
	Astvad y otros, (12) 1974	1108	603	N/S	41 (459/1108)	39 (233/603)
UCI frente a la anterior UCI	Killip y Kimball, (13) 1967	150	100	Disminución de mortalidad	25 (37/150)	32 (32/100)
	Isacson y otros, (14) 1969	288 total		Disminución de mortalidad	39...	39...
	O'Rourke y otros, (15) 1976	522	196	Disminución de mortalidad	10 (50/522)	25 (48/196)
UCI frente a otras UCIs de Hospitales	Marshall y otros, (16) 1968	105	100	Disminución de mortalidad	19...	33...
	Norris y otros, (17) 1969	300	545	N/S	17...	20...
UCI frente al paciente —no aleatorio	Sloman y otros, (18) 1968	300	100	Disminución de mortalidad	27 (82/300)	37 (37/100)
	Day, (19) 1963	62	42	Disminución de mortalidad	19 (12/62)	43 (18/42)
	MacMillan y Brown, (20) 1971	173	211	Disminución de mortalidad	16 (27/173)	27 (57/211)
	Hofvendahl, (21) 1971	132	139	Disminución de mortalidad	17...	35...
	Christiansen y Skouby, (22) 1971	171	244	Disminución de mortalidad	18...	41...
	Hill y otros, (23) 1977	997	483	Disminución de mortalidad	18 (181/997)	27 (128/483)
UCIs frente a hogar —aleatorio	Mather y otros, (24) 1971	224	226	N/S	14 (31/224)	12 (26/226)
	Hill y otros, (25) 1978	71	79	N/S	25 (18/71)	25 (20/79)

\* N/S: Ningún significado.

TABLA II  
**Valor de la Unidad de Cuidados Intensivos**  
**comparada a formas alternativas de cuidado para pacientes con condiciones médicas específicas\***

Categoría del diagnóstico	Método de comparación Grupo	Número de pacientes			Beneficio obtenido	Magnitud del beneficio Tasa de mortalidad, % (N)	
		Fuente, y	Estudio	Control		Estudio	Control
Edema pulmonar	Controles históricos UCI vs. cuidado hospitalario anterior a las UCI	Griner (26) 1972	16	36	N/S	13 (2/16)	8 (3/36)
Fallo respiratorio tratado con ventilador	Controles históricos UCI vs. sala hospitalaria	Rogers y otros (27) 1972	79	102	Disminución de mortalidad	30 (24/79)	75 (76/102)
Fallo respiratorio	Controles históricos UCI vs. sala hospitalaria	Piper y Griner, (28) 1974	45	62	N/S	7 (3/45)	5 (3/62)
Bacteriemia neumocócica	Controles históricos UCI vs. sala hospitalaria	Hock y otros, (29) 1983	134	N/A	N/S	31 (41/134)	N/A
Ictus	Controles concurrentes UCI vs. sala hospitalaria	Kennedy y otros, (30) 1970	215	149	N/S	19 (40/215)	21 (31/149)
	Controles históricos	Cooper y otros, (31) 1972	79	126	Disminución de mortalidad	39	48
	Controles concurrentes UCI vs. sala hospitalaria	Piner y Mance (32) 1973	81	81	N/S	33 (27/81)	27 (22/81)

\* UCI indica Unidad de Cuidados Intensivos; N/S, ningún significado; N/A, sin aplicación.

Aun cuando ninguno de estos estudios ha podido demostrar efectos nocivos del cuidado intensivo en cuanto a promedios de mortalidad o resultados funcionales, los pacientes han identificado muchos riesgos yatrogénicos debidos al cuidado intensivo. Entre ellos se encuentra el intensificado riesgo de contraer infecciones nosocomiales<sup>36</sup>, inseguridades de los procedimientos invasores como catéteres arteriales pulmonares<sup>37</sup>, y promedios elevados de tensión psicológica<sup>38</sup>. Ciertamente Lown y colab. han demostrado que una tensión psicológica relativamente poco importante puede suscitar un incremento significativo de ectopía ventricular, hallazgo de la inquietante posibilidad de que el entorno del cuidado intensivo puede contribuir a un aumento de incidencias de arritmia, que es lo que se pretende evitar.

Varios factores complican la interpretación de todos los estudios sobre eficacia. Primero, la amplia convicción de los médicos de que las unidades son beneficiosas ha topado energicamente contra la realización de ensayos randomizados. La mayoría de médicos creen que los beneficios de la unidad de cuidados intensivos son «deficientemente medidos, más que inciertos»<sup>40</sup> y, por consiguiente, la mayoría de comités de investigación considerarían las pruebas randomizadas como contrarias a la ética. Segundo, la gran variabilidad de las condiciones clínicas individuales y condiciones de morbilidad limitan la posibilidad de randomizar a pacientes en grupos comparables. Tercero, la mayor parte de estos estudios preceden a los mayores cambios que se han producido en la organización de

las unidades de cuidados intensivos, conocimiento médico, tecnología aplicada, enfoques terapéuticos y, por consiguiente, poseen poca relevancia en la evaluación de las prácticas modernas en unidades de cuidados intensivos. Cuarto, como ya se ha indicado, el provecho de muchas intervenciones que pueden potencialmente salvar la vida se limita a las unidades de cuidados intensivos, de tal manera que es imposible distinguir la eficacia de la intervención de la del entorno circundante. Finalmente el análisis de los datos sobre mortalidad no se orienta por sí mismo a la posibilidad de que la atención en las unidades de cuidado intensivo puede resultar beneficiosa en aspectos diferentes de la prolongación de la supervivencia.

## COSTO

De la misma manera que ha sido difícil establecer la eficacia de las unidades de cuidados intensivos, lo mismo ha ocurrido con el costo real de su funcionamiento. El total de los gastos de la unidad de cuidado intensivo incluye los gastos directos de operación de la unidad y los gastos indirectos de los servicios asignados a la misma. Los gastos directos incluyen a su vez los dispendios establecidos para construcción, conservación, etc. y los del personal y equipamiento, cuyo cambio depende del número de pacientes bajo tratamiento y de la gravedad de sus enfermedades<sup>41</sup>.

Hay dos maneras útiles de calcular los gastos de la unidad

de cuidados intensivos: el costo por día de un paciente en la unidad y el total del costo nacional de los cuidados intensivos. Los cálculos aproximados de la proporción entre el costo de un paciente en una unidad de cuidados intensivos por día y el costo de un día en una sala hospitalaria en los Estados Unidos es de 3,5:1 a 5:1<sup>41</sup>. Aunque en la mayoría de casos, las facturas por los cuidados ordinarios son superiores a los costos, las facturas por cuidados intensivos son inferiores a los costos en más del 50 %. Como resultado, la proporción entre la cuenta por día de un paciente en la unidad de cuidados intensivos y la de un paciente en una sala hospitalaria es menor, con un cálculo aproximado que oscila del 2:1 al 3:1<sup>40</sup>. Los cálculos aproximados de los costos nacionales de las unidades de cuidados intensivos (expresados como porcentaje del gasto total de pacientes internados en hospitales a nivel nacional) incluyen 1) los gastos directos e indirectos incurridos en la administración de una unidad de cuidados intensivos, del 8 % al 10 %; 2) el porcentaje del total del gasto hospitalario de los pacientes que se hallan en unidades de cuidados intensivos, del 14 % al 17 %; y 3) el porcentaje del gasto total del hospital por los pacientes que están por algún tiempo en unidades de cuidados intensivos durante su hospitalización, del 28 % al 34 %.

Dubilet y colab.<sup>42</sup> han recomendado que el término *coste-eficacia* se defina como «teniendo un beneficio adicional equivalente al costo adicional» o «menos costoso y por lo menos tan efectivo». Al carecer de datos cuantitativos conclusivos que sostengan la eficacia de las unidades, y no teniendo tan siquiera un cálculo aproximado del aumento de costo por el cuidado de los pacientes en estado crítico en las unidades, es imposible, hablando estrictamente, determinar el costo-eficacia de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos que se suponen se benefician del cuidado de la unidad. Por otra parte, las unidades pueden considerarse *in-eficaces* en lo que se refiere al costo si ocasionan mayores gastos que los que produciría una estrategia alternativa y producen los mismos resultados. Puesto de modo inverso, en el caso de pacientes que pueden obtener beneficios similares de entornos sin unidades (i.e., pacientes con muy bajo control o pacientes demasiado enfermos para obtener mejorías) se puede demostrar la eficacia del costo de una estrategia de cuidado alternativa cuando su costo sea menor que el del cuidado intensivo. Mulley y colaboradores<sup>43</sup>, Brush y colab.<sup>44</sup>, Wagner y colab.<sup>45</sup> han demostrado el costo-eficacia de las estrategias alternativas para pacientes de bajo riesgo.

Otros autores se han referido a la cuestión del costo-beneficio y han calculado el costo por paciente tratado en una variedad de unidades. Cullen y colab.<sup>46</sup> determinaron que el término medio de gastos de hospital por paciente era de 22.000 dólares por 199 pacientes quirúrgicos en 1978, de los cuales el 27 % vivían al cabo de un año. Schmidt y colab.<sup>47</sup> calcularon 16.930 dólares el promedio de gastos hospitalarios por 137 pacientes que requerían apoyo de ventilador en 1976. Parno y colab.<sup>48</sup> calcularon un término medio de gastos hospitalarios de 9.491 por 498 de pacientes en unidades de cuidados intensivos comparado con 1.361 dólares por 118 pacientes en otras unidades de cuidados no intensivos tratados en 1978.

A pesar de la incertidumbre sobre la valía, eficacia y coste-eficiencia de las unidades, creemos que muchos pacientes se benefician del cuidado crítico. Hay que añadir que asumimos que el suministro de camas en las unidades de cuidado crítico es limitado y deberían desarrollarse planes para distribuir estas camas del mejor modo posible. En sentido general, esto

puede conseguirse por medio del racionamiento o evitando éste con estrategias avanzadas que alteren el suministro o la demanda de recursos dedicados a cuidados críticos.

## ELEMENTOS DE UN PROCEDIMIENTO DE RACIONAMIENTO EQUITATIVO

La delimitación de un razonamiento honesto, es decir, la configuración de un plan con el fin de determinar quién obtendrá el cuidado cuando no todos puedan obtenerlo, es un complicado problema que indiscutiblemente depende de la definición de *imparcialidad*. Se ha propuesto un cierto número de definiciones - imparcialidad como igualdad, como equidad, como función del beneficio social (utilitarismo), como distribución según la necesidad.

La *igualdad* connota que todo individuo tiene derecho a una obtención fija, pero por igual del cuidado intensivo por cierto tiempo o por toda la vida. Según los términos expresados, se otorgaría a cada persona un cierto número de días de admisión en el cuidado crítico independientemente de su necesidad o condición médica. La asignación de los recursos de las unidades de cuidados intensivos basada en la igualdad ignora el diferencial en la incidencia de las enfermedades y la práctica común de suministrar los recursos médicos según la necesidad.

La *equidad* connota el acceso a un nivel de cuidado *adecuado* sin la imposición de cargas indebidas a los demás. Este sistema permitiría el uso diferencial del cuidado crítico basado en la desigualdad de la necesidad, supuesto que todos los demás tienen acceso a un nivel mínimo aceptable de cuidados intensivos. Los planes basados en la equidad sufren las limitaciones de las dificultades que se encuentran al intentar definir la *adecuación*, las *cargas* sobre los demás, y la consolidación de fondos para los niveles de cuidado adecuados.

El *utilitarismo* exige la soberanía del bien de la sociedad y la dedicación de todos los recursos al bien común. Inherente al utilitarismo se halla la noción de que una variedad de factores sociales, como productividad, función de la familia son relevantes para la solución de la polémica en la determinación de quién debería ser el beneficiario ante la limitación de recursos. Según este paradigma los exiguos recursos deberían ser distribuidos a individuos en la medida que favoreciera a la sociedad.

Los principios utilitarios no son propiamente pautas de distribución de recursos limitados pues estos recursos han sido especificados para el servicio del hombre y no para el de la sociedad. Además, los médicos, como seleccionadores constituyen una elección equivocada; están éticamente comprometidos al cuidado de sus propios pacientes y no tienen formación específica sobre la estratificación del valor social. Ciertamente, tales estimaciones de valores deberían ser llevadas a cabo por grupos capacitados para superar los prejuicios de individuos con perspectivas sociales específicas. En una sociedad pluralista como la nuestra, sería imposible definir el valor relativo de un individuo con respecto a la sociedad. Sin embargo, en la medida en que los recursos de la sociedad son parte del apoyo a los cuidados intensivos, la afirmación de que los cuidados intensivos deben ir encaminados a beneficiar al individuo más que a la sociedad ha sido impugnada<sup>44</sup>.

La *distribución según la necesidad* es el enfoque más natural al problema de la adecuada distribución de recursos es-

casos, y es el mecanismo con el que los médicos se sienten más confortables. Es el esquema de distribución más correctamente *médico*; los médicos sólo necesitan pronunciar juicios médicos, no juicios sociales.

Sin embargo, este enfoque se ve con frecuencia obstaculizado por una confusión en la distinción entre necesidad y conveniencia. *Necesidad* se define, en este contexto, como el potencial de amenaza a la vida que tiene una enfermedad, mientras *conveniencia*, concepto más amplio, tiene en cuenta no simplemente la necesidad inmediata sino también el resultado potencial. Por ejemplo, dos pacientes con fallo respiratorio un secundario a un neumotórax agudo, el otro secundario a un cáncer terminal de pulmón, pueden necesitar por igual la ayuda del ventilador, pero si hay sólo uno que está disponible, el primer paciente parece más adecuado. Por consiguiente, la necesidad sola, por sus posibles interpretaciones, no debería ser la única base de un procedimiento de racionamiento, mientras la conveniencia médica, i.e., la necesidad moderada por lo que se considera *apropiado* puede ciertamente serlo.

### ARGUMENTOS A FAVOR DE PROCEDIMIENTOS FORMALES DE RACIONAMIENTO

Los argumentos a favor de planes formales de racionamiento afirman que el racionamiento ya existe pero debería llevarse a cabo de mejor manera; que los recursos de los cuidados intensivos deberían ser limitados supuesto el total de las necesidades sanitarias que requieren atención; y que, aún cuando ahora se podría evitar el racionamiento, éste es en última instancia inevitable.

El primer argumento admite la premisa de que ya hay racionamiento, lo llamemos así o no. Este argumento defiende que un camino lógico para reformar la práctica común de un racionamiento subjetivo y posiblemente con prejuicios es la introducción de un sistema objetivo e imparcial. Este enfoque es radical en cuanto formalizaría una costumbre que actualmente carece de estructura y de certeza. Por otra parte, es conservador en cuanto su solución no necesita ninguna tentativa fundamental de reforma de la oferta y de la demanda.

El segundo argumento, sobre la necesaria limitación de los recursos de los cuidados intensivos, está bien expresado por la President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research<sup>50</sup>, que no favoreció el racionamiento formal en terreno práctico, pero sin embargo afirmó: «La sociedad no está obligada a proporcionar toda intervención que el paciente o el suministrador pueden creer ser beneficiosas... el hecho de que una terapia sirva para sostener la vida no crea necesariamente la obligación de proveerla. Al contrario, la terapia debe proporcionar beneficios proporcionales a los costos —económicos y otros—».

En la medida que ciertos recursos de cuidados intensivos no han demostrado ser de mayor costo-eficacia que otras tecnologías, este argumento sugiere que el uso de cuidados intensivos no debe ser objeto de debate. Sería más conveniente limitarlo a aquellas circunstancias clínicas en las que se comprueba, o por lo menos se presume ser costo-eficaces.

El tercer argumento, sobre la inevitabilidad del racionamiento, defiende que los factores que impulsan la demanda de servicios de cuidado crítico continuarán aumentando ante el restringido suministro y que las estrategias designadas a la

alteración de estos factores resultarán, a la larga, ineficaces. El apoyo histórico de esta posición se observa en la experiencia del programa de Medicare para el estadio final de las enfermedades renales, en el que las intenciones del gobierno de eludir el problema del racionamiento condujeron a enormes dispendios. Los cuidados intensivos, en proporción mucho mayor que jamás ha representado la diálisis, son un enorme sumidero de dispendios potenciales.

Ninguno de estos argumentos asume que los planes formales de racionamiento deban ser diseñados a nivel de la unidad de cuidados intensivos o del hospital, tampoco asume que estos planes deban ser escritos ahora. Sin embargo, no carece ciertamente de razón sugerir que si el racionamiento formal es necesario, las formas de proceder se ajustarían con mayor perfección a las necesidades de los hospitales y serían clínicamente más aceptables si fuesen planeadas con ayuda médica, y no simplemente impuestas por los poderes públicos.

### DISEÑANDO UN MODELO DE UN SISTEMA ADECUADO DE RACIONAMIENTO

Si ha de formularse un procedimiento de racionamiento, la conveniencia médica debería ser el factor de mayor peso en la asignación de exiguos recursos para el cuidado crítico. También debe considerarse la equidad en aquellas circunstancias donde el cuidado excesivo a un individuo impide el cuidado adecuado a otro. La conveniencia médica debería definirse por medio de una prueba de beneficios/cargas con el reconocimiento de que la supervivencia con resultado de buen funcionamiento o la supervivencia prolongada son beneficios más importantes que la sola supervivencia.

Este esquema exige que la supervivencia especialmente la supervivencia prolongada o la supervivencia con buen resultado funcional, puede ser pronosticado con tal grado de razonable certeza que los pacientes pueden ser catalogados, sin lugar a dudas, en orden de prioridad. Un número de estudios sugieren que es posible anticipar de modo inteligente y preciso las predicciones sobre supervivencia. Existen clasificaciones para la predicción de resultados de muchos síndromes particulares, incluidos el coma<sup>51</sup>, la sobredosis de droga<sup>52</sup>, la insuficiencia respiratoria<sup>53</sup> y el infarto de miocardio<sup>54</sup>. Además, muchos modelos de predicción, basados en órganos y sistemas, entre los cuales sobresale el Acute Physiology Score and Chronic Health Index<sup>55</sup>, han sido desarrollados a fin de encaminar la diversificación de pacientes según la gravedad de su enfermedad y resultados esperados. Más importante quizás, se han identificado las características de grupos de pacientes seleccionados con poco riesgo de morbilidad<sup>56</sup>, así como las características de pacientes con poca probabilidad de supervivencia a pesar de intervenciones agresivas<sup>57</sup>.

Dentro de esta estructura conceptual, y supuestos estos datos empíricos, podría desarrollarse un procedimiento formal y adecuado de racionamiento, aunque relativamente escaso en detalles. Este procedimiento otorgaría prioridad absoluta a los que se beneficiarían sin lugar a dudas, e.g., sobredosis de droga agudas, o colapsos circulatorios secundarios a la braquicardia; con menor prioridad para los que se presume que se beneficiarán, e.g., con ceto-acidosis diabética; y con prioridad mínima para los que no obtendrán beneficio alguno. En este último grupo, podría darse prioridad a aquellos que gozan de *demasiada salud* para beneficiarse, i.e., con bajo riesgo de

sufrir deterioro, sobre los demasiado enfermos para beneficiarse.

En la medida que los datos puedan justificar el dar prioridad adicional dentro de cada categoría, este esquema de estratificación podría ampliarse. Si dentro de una misma categoría, no fuera posible establecer prioridades entre pacientes en cuanto a beneficios esperados, podría usarse cualquier sistema más casual (quizás atendiendo al primero que llega) para la distribución de un cuidado al azar.

No aparece con claridad hasta qué punto pacientes que ya están en una unidad deban tener prioridad sobre otros que requieran admisión. Aumenta la obligación de continuar el tratamiento a pacientes en unidades de cuidados intensivos, pero esta obligación está en tensión con el concepto de equidad en caso de interferencia con el cuidado adecuado de otra persona. Además, la observación de por sí puede dar origen a datos que justifiquen la prolongación de la permanencia en la unidad de cuidados intensivos, cuando no se dispone de estos datos en entornos no dedicados al cuidado intensivo. Por ejemplo, el control electrocardiográfico continuo puede revelar disarritmias que no serían reconocidas como tales en un área sin control.

Se debe establecer un modo de conducta basado en la conveniencia más que en la necesidad médica, entendiendo que algunos pacientes admitidos en unidades de modo rutinario, no serían admitidos en períodos de escasez de camas disponibles. Por consiguiente, se requeriría algún tipo de estrategia alternativa para tratar aquellos pacientes que podrían no satisfacer los prerequisites necesarios para la admisión en una unidad de cuidados intensivos.

## ARGUMENTOS EN CONTRA DE LOS PROCEDIMIENTOS FORMALES DE RACIONAMIENTO

Los argumentos contra el racionamiento formal a nivel de hospital o de unidad de cuidados intensivos siguen una de estas tres premisas: el racionamiento de los recursos de cuidados intensivos es innecesario; el racionamiento formal es imposible; los médicos no deberían pronunciarse en materias de racionamiento.

El argumento de que el racionamiento de recursos de cuidados intensivos es innecesario asume que su relativa escasez puede mitigarse alterando el suministro o la demanda de los mismos. Algunas estrategias para la reforma del suministro o la demanda, como serían el cambio en las expectativas sociales o la reforma de los mecanismos del seguro deberían iniciarse a nivel social. Sin embargo, hay también cierto número de estrategias a nivel hospitalario, como dar de alta a pacientes en las unidades con mayor firmeza o proporcionando un *cuidado graduado* que podría aliviar esta relativa insuficiencia.

La modificación de la provisión o la demanda de cuidados intensivos puede ser no sólo una alternativa aceptable, sino ser en realidad preferible a un racionamiento formal. Por ejemplo, la President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research<sup>50</sup> arguyó que la política de la contención de gastos (que con frecuencia late bajo la relativa escasez) debería ser trasladada a áreas éticamente menos contenciosas de la economía médica: «La sugerencia parece tener como fundamento la opinión de que cualquier designio encaminado a la con-

tención del costo debe empezar con restricciones sobre el tratamiento de conservación de la vida. En realidad éste parecería un lugar poco adecuado por donde empezar».

Específicamente se podría argüir que una estrategia encaminada al crecimiento del suministro, como el dar de alta a pacientes con más firmeza, es preferible al racionamiento formal de admisiones, puesto que los pacientes en unidades están ya bajo control, han sido estudiados intensivamente y pueden haber estado sujetos a ensayos terapéuticos. De modo semejante, disminuir la demanda de servicios de cuidados intensivos con la oferta de opciones intermedias aumentaría la flexibilidad y atenuaría el impacto causado por el rechazo de una unidad.

El segundo argumento de importancia basado en el criterio de que el racionamiento es imposible, tiene, por lo menos, dos aspectos. Primero, es del todo imposible definir la conveniencia médica para un paciente determinado, con el grado de certeza que se necesita para la formulación de tal decisión. Segundo, es difícil y quizás imposible excluir de las unidades de cuidados intensivos a los pacientes que reclaman aquel cuidado.

El primer punto defiende que a pesar de algunos adelantos en nuestra capacidad para diagnosticar como se ha detallado, nuestro conocimiento contiene todavía enormes lagunas. Incluso cuando la probabilidad de un resultado (basado en datos de grupo) ha sido establecido con cierto grado de certeza, no aparece claro hasta dónde debe ejercer su influencia en el cuidado de un individuo. Siendo así, la posibilidad de un inesperado resultado batalla contra políticas exclusivas formales. Incluso cuando el beneficio de un individuo tratado en una unidad pudiera ser anticipado con exactitud, no quedaría todavía claro si debe ser admitido por la gravedad de su enfermedad o por el beneficio marginal.

El segundo punto según el cual las demandas del paciente autónomo podría trascender políticas exclusivistas formales, es objeto de discusión. Aun cuando emerge un consenso<sup>50</sup> que afirma que los dictados de la justicia deberían prevalecer sobre los derechos del individuo, a nivel clínico es todavía muy difícil rehusar el cuidado al paciente que lo solicita. Desde el punto de vista legal, no se ve con claridad que la escasez sea una defensa aceptable contra la negligencia<sup>58</sup>; por consiguiente, el temor a la responsabilidad legal, justificado o no, matiza claramente estas decisiones.

El último argumento de importancia contra el racionamiento según el cual los médicos no deberían tomar parte en decisiones formales sobre el racionamiento, enfoca la distinción entre la responsabilidad debida hacia un individuo enfermo y la responsabilidad de suministrar el bienestar a la sociedad más numerosa. Muchos defienden esta posición, incluyendo a Levinsky<sup>59</sup> quien afirma: «Los médicos no pueden servir a dos señores... se requiere (de ellos) que hagan todo lo que crean que puede favorecer al paciente sin pensar en gastos ni en otras consideraciones de orden social... Es la sociedad, no es la persona del médico quien debe formular la decisión de restringir la disponibilidad del cuidado médico».

Un corolario a este argumento es que las directrices formales para el microsuministro producirían intromisiones en el proceso de formulación de decisiones clínicas, en las que los pacientes han sido siempre considerados como individuos únicos. Aun cuando esta idea firmemente atrincherada impide que el racionamiento forme parte de la labor de los médicos como proveedores del cuidado, no impide la contribución médica en la formulación de la política hospitalaria.

## ESTRATEGIAS PARA EVITAR EL RACIONAMIENTO

A nivel de hospital o de unidad, el racionamiento puede ser evitado por medio de un número de reformas específicas que incrementarían el suministro o disminuirían la demanda de cuidados intensivos. Podría aumentarse el abastecimiento de camas en unidades de cuidados intensivos destinando nuevos requerimientos a estas unidades o dando de alta a pacientes con mayor presteza.

Dedicar nuevos recursos a los cuidados intensivos, ya erigiendo nuevas facilidades o convirtiendo las ya existentes, es conceptualmente la solución más sencilla al problema de la relativa escasez. Mientras la idea de desembolsar nuevas sumas de dinero adicionales para cuidados intensivos es contraria a la opinión corriente (y puede presumirse contra la futura) de la política de contención del costo, nuevos fondos pertenecientes a unidades en áreas éticamente menos problemáticas podrían ser encaminados a cuidados intensivos. Apoyo a esta idea puede encontrarse en el trabajo de Maloney y Rogers<sup>60</sup>, quienes comprobaron que muchas pruebas rutinarias como pruebas de laboratorio cuyo valor es dudoso o marginal representan una enorme proporción de las facturas sanitarias. Fondos dedicados a estas materias podrían a su vez ser trasladados razonablemente a cuidados intensivos.

Se podría también aumentar la disponibilidad de camas dando de alta con prontitud a pacientes que no necesiten cuidados intensivos o que no perciban ningún beneficio de los mismos. Como ya se ha dicho, un enfoque encaminado a políticas de altas podría ser más razonable que un enfoque encaminado a políticas de admisión.

A nivel hospitalario, se dispone de varias estrategias para la disminución de la demanda de cuidados intensivos. Por ejemplo, en las unidades de cuidados intensivos quirúrgicos, frecuentemente se puede atenuar cancelando operaciones electivas. Sin embargo, en unidades médicas, donde las admisiones son generalmente inesperadas, la estrategia más útil para la disminución de la demanda incluye la facilidad del cuidado gradual, estableciendo unidades de cuidado intermedio. Tales alternativas como son las unidades de *escalonadas* o de *telemetría* sirven adecuadamente las necesidades de varios grupos de la población, incluyendo los que necesitan control para el diagnóstico o cuidado de enfermería intensivo pero no cuidado médico. Erigir alternativas a unidades de cuidados intensivos completas ha probado (por lo menos teóricamente)<sup>61</sup> ser más costo-eficaz que erigir unidades completas para ciertos grupos de población. Bone y Balk<sup>62</sup> también han demostrado la utilidad de la unidad de cuidado respiratorio no invasor para pacientes hemodinámicamente estables que necesitan ventilación mecánica.

Destinar pacientes a unidades de cuidado intermedio lleva consigo establecer un orden de prioridad de acuerdo con la conveniencia médica. Sin embargo, esta coordinación de prioridad no presupone la necesidad de las distinciones que se requieren para los mecanismos del racionamiento formal. Es decir, el factor que determina que un paciente deba ser admitido en una unidad de cuidados intensivos, en una unidad de cuidado intermedio o en una sala hospitalaria, no necesita el mismo grado de diferenciación sobre los demás pacientes como la que se requiere para establecer la prioridad entre pacientes que rivalizan por la última cama disponible en una unidad de cuidados intensivos. Como se dijo, un grupo substancial de escritos enfoca la cuestión clave de cómo identificar pa-

cientes que pueden estar enfermos aunque con bajo riesgo de deterioro grave y que son, por lo tanto, candidatos ideales para unidades de cuidado intermedio. Además cierto número de estudios empíricos sugieren que durante los períodos de aglomeración, los médicos pueden identificar con éxito aquellos con menor probabilidad de experimentar un deterioro<sup>2-4</sup>.

El uso de unidades de cuidado intermedio pueden ser considerados como medios para evitar la sobreutilización de unidades de cuidados intensivos, aunque no como una solución. La creación de áreas de cuidado alternativo y la separación de pacientes a estas áreas en tiempos de insuficiencia de camas, no elimina el latente dilema ético de conocer a cuál de ellos debería otorgársele la admisión a las unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, esta *segunda mejor* estrategia de cuidado alternativo, no disminuye probablemente el impacto de las decisiones en los resultados de los pacientes. En vez de tratarse de una situación en la que se proporciona completo cuidado o cuidado inadecuado, un espectro de potencialidades de cuidado contribuiría a una mejor flexibilidad en la formulación de decisiones acerca del cuidado del paciente.

Finalmente, podría lograrse una mejor disminución de la demanda educando a médicos y a pacientes acerca de los límites y consecuencias del cuidado crítico. Médicos informados pueden determinar con mayor exactitud qué pacientes tienen el mejor potencial para obtener beneficios del cuidado de la unidad. Los pacientes informados pueden expresar sus deseos sobre este cuidado antes que ocurran acontecimientos inesperados, por medio de los testamentos vitales y de otros documentos similares legalmente aceptados en muchos estados<sup>63</sup>. Puesto que algunos pacientes informados no querrán someterse a cuidados intensivos bajo todas las circunstancias en las que se utilizan, la amplia práctica de normas anticipatorias, contribuirá, muy probablemente, al decrecimiento de demandas por este cuidado.

## CONCLUSIONES

Las decisiones, con frecuencias agonizantes, de seleccionar a los pacientes que deban ser admitidos y tratados en unidades de cuidados intensivos son el resultado de la falta de certeza sobre la manera de aplicar, de modo más conveniente, los adelantos de la tecnología médica a pacientes individuales. La relativa escasez de los recursos para estos cuidados convierte a estas decisiones en todavía más agonizantes.

La evidencia substancial sugiere que los cuidados intensivos en los Estados Unidos va siendo racionado, es decir, no todo cuidado que podría ser provechoso se otorga a todos los pacientes que desean los cuidados intensivos. Aun cuando nuestra experiencia cotidiana del racionamiento puede ser atípica, es probable que la mayoría de unidades racionen el cuidado, por lo menos por algún tiempo. Además, la evidencia sugiere que los mecanismos informales ahora en uso para el racionamiento pueden ser irracionales, faltos de equidad o ambas cosas a la vez. El status quo es, por consiguiente, en muchos casos intolerable.

Con el fin de suavizar este problema del racionamiento informal y falto de equidad, los hospitales deberían adoptar una de las dos estrategias generales. Deberían desarrollar políticas de racionamiento explícitas, formales y justas, o, de modo alternativo, formular planes para evitar el racionamiento. Si se escoge esta última medida, y sospechamos que éste será generalmente el camino seguido, supuestas las incertidumbres

en lo que se refiere al resultado, se deberían tomar pasos específicos para alterar el suministro o la demanda de recursos para el cuidado crítico. Concretamente, los pacientes deberían ser dados de alta con mayor firmeza, o debería introducirse el sistema de *cuidado gradual* que ofrece opciones intermedias en vez de la opción de *todos o ninguno*.

Se pueden enunciar argumentos razonables a favor del racionamiento formal o para evitar el racionamiento. Cualquiera que sea el camino que se siga, se deberían desarrollar planes abiertos al público, y deberían estar disponibles para inspección, deliberación y ratificación por cuerpos supervisores apropiados. El personal hospitalario y los pacientes deberían estar al corriente del modo que un hospital planea superar la insuficiencia de recursos para cuidados intensivos.

Además, no importa la opción que se escoja, pacientes y médicos deberían ser estimulados a prever las decisiones sobre cuidados intensivos, mucho antes de que ocurran sucesos catastróficos. La planificación por adelantado permite a los pacientes expresar sus deseos y disminuye el desperdicio de recursos destinados a cuidados intensivos cuando éstos ni se desean ni se esperan.

Finalmente a fin de conseguir que cualquier opción sea de mayor utilidad, es necesario un esfuerzo continuo para poder predecir, con la mayor exactitud posible, los resultados que obtendrán los pacientes y para la identificación de aquellos grupos con mayor probabilidad de obtener beneficios de estas formas de terapia específica. Sólo entonces será posible valorar con precisión la conveniencia médica del cuidado intermedio o del intensivo.

NOTA: Queremos agradecer a Jeremiah A. Barondesa, M.D., y a Gordon Douglas Jr., M.D., por su revisión crítica de este manuscrito.

## BIBLIOGRAFÍA

1. AARON, H. I. y SCHWARTZ, W. B.: *The Painful Prescription: Rationing Hospital Care*. Washington, D.C.: Brookings Institution; 1984.
2. SELKER, H. P., GRIGGITH, J. L., DOREY, F. J. y D'AGOSTINO, R. B.: *How do physicians adapt when the coronary care unit is full?* JAMA. 1987; 257: 1181-1185.
3. SINGER, D. E., CARR, P. L., MULLEY, A. G. y THIBAUT, G. E.: *Rationing intensive care: physician responses to resource shortage*. N. Engl. J. Med. 1983; 309: 1155-1160.
4. STRAUSS, M. J., LOGERFO, J. P., YELTLATZIE, J. A., TEMKIN, N. y HUDSON, L. D.: *Rationing of intensive care unit services: an everyday occurrence*. JAMA. 1986; 225: 1143-1146.
5. CAMPION, E. W., MULLEY, A. G., GOLDSTEIN, R. L., BARNETT, G. O. y THIBAUT, G. E.: *Medical intensive care for the elderly: a study of current use, costs, and outcomes*. JAMA. 1981; 246: 2052-2056.
6. CRANE, D.: *The Sanctity of Social Life: Physicians' Treatment of Critically Ill Patients*. New York, N.Y.: Russell Sage Foundation; 1975.
7. PEARLMAN, R. A., INVI, T. S. y CANTER, W. B.: *Variability in physician bioethical decision-making*. Ann. Intern. Med. 1982; 97: 420-425.
8. PERKINS, H. S., JONSEN, A. R. y EPSTEIN, W. V.: *Providers as predictors: using outcome predictions in intensive care*. Crit Care Med. 1986; 14: 105-110.
9. RESTIEAUX, N., BRAY, C. y BULLARD, H. et al.: *150 patients with cardiac infarction treated in a coronary care unit*. Lancet. 1967; 2: 1285-1289.
10. WALLACE, A. G., KLEIN, R. F., KLINER, V., ZIPES, D. y ANDREOLI, K.: *Coronary care units, their goals, current experience and future*. Cardiology. 1967; 50: 337-351.
11. BROWN, K. W. G., MACMILLAN, R. L., FORBATH, N., MELGRANO, F. y SCOTT, J. W.: *Coronary care unit: an intensive-care center for acute myocardial infarction*. Lancet. 1963; 2: 349-352.
12. ASTVAD, K., FARBICIUS-BJERRER, N., KJAERULFF, J. y LINDHOLM, J.: *Mortality from acute myocardial infarction before and after establishment of a coronary care unit*. Br. Med. J. 1974; 1: 567-569.
13. KILLIP, T. y KIMBALL, J. T.: *Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit*. Am. J. Cardiol. 1967; 20: 457-464.
14. ISACSSON, S.-O., WESTERLUND, A. y WINGSTRAND, H.: *A review of 191 patients with myocardial infarction treated in a Swedish coronary care unit*. Acta Med. Scand. 1969; 185: 545-552.
15. O'ROURKE, R., WALSH, B., FLETCHER, M. y GROWLEY, A.: *Impact of the new generation coronary care unit*. Br. Med. J. 1976; 2: 837-839.
16. MARSHALL, R. M., BLOUNT, S. G. Jr. y GESTON, E.: *Acute myocardial infarction: influence of a coronary care unit*. Arch. Intern. Med. 1968; 122: 472-475.
17. NORRIS, R. M., BRANDT, P. W. T. y LEE, A. J.: *Mortality in a coronary-care unit analyzed by a new coronary prognostic index*. Lancet. 1969; 1: 278-281.
18. SLOMAN, G., STANNARD, M. y GOBLE, A. J.: *Coronary care unit: a review of 300 patients monitored since 1963*. Am. Heart J. 1968; 75: 140-143.
19. DAY, H. W.: *An intensive care area*. Dis. Chest. 1963; 44: 423-427.
20. MACMILLAN, R. L. y BROWN, K. W. G.: *Comparison of the effects of treatment of acute myocardial infarction in a coronary care unit and on a general medical ward*. Can Med. Assoc. J. 1971; 105: 1037-1040.
21. HOFVENDAHL, S.: *Influence of treatment in a coronary care unit on prognosis in acute myocardial infarction*. Acta Med. Scand. Suppl., 1971; S19: 11-74.
22. CHRISTIANSEN, K. I. y SKOUBY, A. P.: *Benefits obtained by the introduction of a coronary care unit*. Acta Med. Scand. 1971; 189: 285-291.
23. HILL, J. D., HOLDSTOCK, G. y HAMPTON, J. R.: *Comparison of mortality of patients with heart attacks admitted to a coronary care unit and an ordinary medical ward*. Br. Med. J. 1977; 2: 81-83.
24. MATHER, H. G., PEARSON, N. G. y READ, K. L. G. et al.: *Acute myocardial infarction: home and hospital treatment*. Br. Med. J. 1971; 3: 334-338.
25. HILL, J. D., HAMPTON, J. R. y MITCHELL, J. R. A.: *A randomized trial of home-versus-hospital management for patients with suspected myocardial infarction*. Lancet. 1978; 1: 837-841.
26. GRINER, P. F.: *Treatment of acute pulmonary edema: conventional or intensive care?* Ann. Intern. Med. 1972; 77: 501-506.
27. ROGERS, R. M., WELLER, C. y RUPPERTHAL, B.: *Impact of the respiratory intensive care unit on survival of patients with acute respiratory failure*. Chest. 1972; 62: 94-97.
28. PIPER, K. W. y GRINER, P. F.: *Suicide attempts with drug overdose*. Arch. Intern. Med. 1974; 134: 703-706.
29. HOOK, E. W. III, HORTON, C. A. y SCHABERG, D. R.: *Failure of intensive care unit support to influence mortality form pneumococcal bacteremia*. JAMA. 1983; 249: 1055-1057.
30. KENNEDY, F. B., POZEN, T. H., GABELMAN, E. H., TUTHILL, J. E. y ZUANTZ, S. D.: *Stroke intensive care: an appraisal*. Am. Heart J. 1970; 80: 188-196.
31. COOPER, S. W., OLIVET, J. A. y WOOLSELY, F. M. Jr.: *Establishment and operation of combined intensive care unit*. N.Y. State J. Med. 1972; 72: 2215-2220.
32. PITNER, S. E. y MANCE, C. J.: *An evaluation of stroke intensive care: results in a municipal hospital*. Stroke. 1973; 4: 737-741.
33. CHASSIN, M. R.: *Costs and outcomes of medical intensive care*. Med. Care. 1982; 20: 165-179.
34. LEGALL, J.-R., BRUN-BUISSON, C., TRUNET, P., LATORNERIE, J., CHANTEREAU, S. y RAPIN, M.: *Influence of age, previous health status, and severity of acute illness on outcome from intensive care*. Crit. Care Med. 1982; 10: 575-577.
35. BYRICK, R. J., MINDORFF, C., MCKEE, L. y MUDGE, B.: *Cost-effectiveness of intensive care for respiratory failure patients*. Crit. Care Med. 1980; 8: 332-337.
36. DONOWITZ, L. G., WENZEL, R. P. y HOYT, J. W.: *High risk of hospital-acquired infection in the ICU patient*. Crit. Care Med. 1982; 102: 355-357.
37. ROBIN, E. D.: *The cult of the Swan-Ganz catheter: overuse and abuse of pulmonary flow catheters*. Ann. Intern. Med. 1985; 103: 445-449.
38. KIELY, W. F.: *Psychiatric syndromes in critically ill patients*. JAMA. 1976; 235: 2759-2761.

39. LOWN, B., DE SILVA, R. A. y LENSON, R.: *Roles of psychologic stress and autonomic nervous system changes in prevention of ventricular premature complexes*. Am. J. Cardiol. 1978; 41: 979-985.
40. MULLEY, A. G.: *The allocation of resources for medical intensive care*. In: *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicare and Biomedical and Behavioral Research: Securing Access to Health Care*. Washington, D.C.: Government Printing Office; 1983; 3: 285-311.
41. BERENSON, R. A.: *Intensive Care Units (ICUs): Clinical Outcomes, Costs, and Decision Making*. Washington, D. C.: Office of Technology Assessment: 1984. Health Technology case Study 28, publication OTA-HCS-28.
42. DOUBILET, P., WEINSTEIN, M. C. y MCNEIL, B. J.: *Use and misuse of the term «cost-effective» in medicine*. N. Engl. J. Med. 1986; 314: 253-256.
43. MULLEY, A. G., THIBAUT, G. E., HUGHES, R. A., BARNETT, G. O., REDER, V. A. y SHERMAN, E. L.: *The course of patients with suspected myocardial infarction: the identification of low-risk patients for early transfer from intensive care*. N. Engl. J. Med. 1980; 302: 943-948.
44. BRUSH, J. E. JR., BRAND, D. A., ACOMPORA, D., CHALMER, B. y WECKERS, F. J.: *Use of the initial electrocardiogram to predict in-hospital complications of acute myocardial infarction*. N. Engl. J. Med. 1985; 312: 1137-1141.
45. WAGNER, D. P., KNAUS, W. A., DRAPER, E. A. y ZIMMERMAN, J. E.: *Identification of low-risk monitor patients within a medical-surgical intensive care unit*. Med. Care. 1983; 21: 425-434.
46. CULLEN, D. J., KEENE, R., WATERNAUX, C., KUNSMAN, J. M., CALDERA, D. y PETERSON, H.: *Results, changes, and benefits of intensive care for critically ill patients; update 1983*. Crit. Care Med. 1984; 12: 102-106.
47. SCHMIDT, C., ELLIOTT, C. G. y CARMELLI, D. et al.: *Prolonged mechanical ventilation for respiratory failure: a cost-benefit analysis*. Crit. Care Med. 1983; 11: 407-411.
48. PARNO, J. R., TERES, D., LEMESHOW, S. y BROWN, R. B.: *Hospital charges and long-term survival of ICU versus non-ICU patients*. Crit. Care Med. 1982; 10: 569-574.
49. BOSSON, M. D.: *Choosing among candidates for scarce medical resources*. J. Med. Philos. 1979; 4: 313-333.
50. PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH: *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*. Washington, D.C.: Government Printing Office; 1983.
51. LEVY, D. E., BATES, D. y CARONNA, J. J. et al.: *Prognosis in non-traumatic coma*. Ann. Intern. Med. 1981; 94: 293-301.
52. AFIEL, A. A., SASKS, S. T., LIU, V. Y., WEIL, M. H. y SHUBIN, H.: *Accumulative prognostic index for patients with barbituate, glutethimide and meprobamate intoxication*. N. Engl. J. Med. 1971; 285: 1497-1502.
53. BARTLETT, R. H., GAZZANIGA, A. B., WILSON, A. F., MEDLEY, T. y WETMORE, N.: *Mortality prediction in adult respiratory insufficiency*. Chest. 1975; 67: 680-684.
54. FORRESTER, J. S., DIAMOND, G., CHATTERJEE, K. y SWAN, H. J. C.: *Medical therapy of acute myocardial infarction by application of hemodynamic subsets*. N. Engl. J. Med. 1976; 295: 1356-1362, 1404-1413.
55. KNAUS, W. A., DRAPER, E. A., WAGNER, D. P. y ZIMMERMAN, J. E.: *APACHE II: a severity of disease classification system*. Crit. Care Med. 1985; 13: 818-829.
56. GOLDMAN, L., COOK, E. F. y BRAND, D. A. M. et al.: *A computer protocol to predict myocardial infarction in emergency department patients with chest pain*. N. Engl. J. Med. 1988; 318: 797-803.
57. TERES, D., BROWN, R. B. y LEMESHOW, S.: *Predicting mortality of intensive care unit patients*. Crit. Care Med. 1982; 10: 86-95.
58. MORREIM, E. H.: *Cost constraints as a malpractice defense*. Hastings Cent. Rep. 1988; 18: 5-10.
59. LEVINSKY, N. G.: *The doctor's master*. N. Engl. J. Med. 1984; 311: 1573-1575.
60. MOLONEY, T. W. y ROGERS, D. E.: *Medical technology: a different view of the contentious debate over costs*. N. Engl. J. Med. 1979; 301: 1413-1419.
61. FINEBERG, H. V., SCADDEN, D., y GOLDMAN, L.: *Care of patients with a low probability of acute myocardial infarction*. N. Engl. J. Med. 1984; 310: 1301-1307.
62. BONE, R. C. y BALK, R. A.: *Noninvasive respiratory care unit: a cost effective solution for the future*. Chest. 1988; 93: 390-394.
63. *Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Case of the Dying*. Briarcliff Manor, N.Y.: The Hastings Center, 1987.

## ■ ¿Qué es la Pastoral Sanitaria?

## ■ Pastoral de Enfermos en el Hospital y en la Parroquia

*Dos libros breves, sencillos, prácticos*

*Pídelos a:*

LABOR HOSPITALARIA

Hermanos de san Juan de Dios

Carretera Esplugas, s/n.

BARCELONA

# UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, ESCASEZ DE RECURSOS, PRINCIPIOS DE JUSTICIA EN CONFLICTO\*

H. Tristram Engelhardt, Jr.,  
y Michael A. Rie, MD.\*\*

«Nunca entremos en negociaciones por temor,  
pero nunca temamos entrar en negociaciones».

JOHN F. KENNEDY

*Los seres humanos tienen con frecuencia aspiraciones de dioses, aunque nunca poseen sus recursos. Las unidades de cuidados intensivos (UCIs) nos sirven como ejemplo del deseo de ofrecer un óptimo nivel de cuidado a todo el que lo necesite, si con el término óptimo se quiera significar el nivel más alto de cuidado que es posible obtener. Sin embargo, recientes reducciones en los fondos destinados a presupuestos del cuidado de la salud demuestran que este cuidado no goza de una prioridad primordial, en las formas de proceder que rigen en el orden público. Por consiguiente, como norma de moralidad y de orden público, será preciso determinar cuándo criterios indeseables en el cuidado de la salud son simplemente desafortunados, aunque no injustos, en el sentido de que constituyan un derecho a exigir más recursos.*

Exploramos en este artículo cómo se distribuyen los recursos del cuidado de la salud concentrándonos en el problema de la distribución de camas: 1) cuando una mayor liberalidad en la admisión a las UCI causaría un deterioro del nivel del cuidado de salud de los ya admitidos en la UCI, 2) cuando los recién llegados que debieran ser admitidos en una UCI parecen estar en mejores condiciones de beneficiarse del tratamiento, que aquellos que llegaron antes y a quienes ya se les ha otorgado una cama en UCI, o 3) cuando la inversión de los recursos parece desproporcionada a los beneficios marginales que probablemente se obtendrán. Estas circunstancias nos ponen ante la vista la cuestión de los derechos de los que ya reciben el cuidado en la UCI a que continúen recibiendo el mismo cuidado. El segundo caso trae consigo el complejo problema de calcular comparativamente respuestas favorables al tratamiento incluyendo los resultados en el orden de cali-

dad de la vida de los llegados antes y de los recién llegados. ¿Cómo deberían compararse los méritos de un llegado antes, cuyo caso es bien conocido, y que sólo promete una débil esperanza de sobrevivir, y de ser así, con una calidad de vida *no-aceptable*, con los de un recién llegado que parece ofrecer gran posibilidad de sobrevivir, con una vida de calidad *aceptable*, pero cuyas circunstancias son menos conocidas puesto que se trata de un recién llegado?

## RAÍCES CARDINALES DE LA DESIGUALDAD

Todos los sistemas sociales dedicados a la distribución de escasos recursos acusan la dificultad que produce la existencia de circunstancias inevitables que conducen a desigualdades de consideración entre las personas. Estas desigualdades se dan incluso cuando no existe ni plan ni intención de mermar directamente a los demás. Estas circunstancias se pueden resumir en las rúbricas de loterías naturales y sociales. El término *lotería natural* se puede usar para indicar que, por varios motivos, algunos individuos reciben un gran surtido de talentos, habilidades, desventajas, deformidades y enfermedades. Distintas fuerzas producen ventajas o desventajas individuales de tal cuantía que los colocan en la necesidad de tener que cuidar de su salud, o de servicios sociales, o los dotan con tales talentos que poseen la capacidad de adquirir en proporción inadecuada o abundante bienes sociales como riqueza, prestigio y categoría social.

Añadimos que existen circunstancias a las que se puede considerar como *lotería social*. Por distintos motivos, ciertos individuos son escogidos por otros individuos o por grupos sociales para que sean receptores de atenciones, empleos, amor, cuidado, u otros beneficios, mientras otros individuos no son así escogidos. Así pues, como resultado de la *lotería natural*, algunos nacen ricos y otros enfermos. Como consecuencia algunos nacen ricos o firman contratos por los que adquieren riquezas, y otros nacen pobres y no pueden ni firmar tales contratos. Mas aún, otros son zaheridos física o socialmente por terceras partes responsables de compensar los daños, pero cuyas acciones, en cuanto a tales, no obligan a subsanar a los demás que son inocentes, incluyendo a la sociedad. Por consiguiente, el sistema del cuidado de la salud va encaminado a individuos con amplias diferencias en sus necesidades físicas, psicológicas y económicas. Lo que se debe tener en cuenta es que el considerar respuestas justas a estas necesidades

\* Agradecemos al doctor Rie y al doctor Engelhardt el permitirnos reproducir este artículo aparecido en JAMA, march 7, 1986, vol. 255, n.º 9.

\*\* El doctor Engelhardt, pertenece al Centro de Ética, Medicina y Temas Públicos del Baylor College de Medicina, Houston. El doctor Rie pertenece a la Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios, Quirúrgicos, y Asistencia y Servicios Médicos del Massachusetts General Hospital, Boston.

dependerá en parte de la cantidad de recursos y servicios del cuidado de la salud que en verdad se entiendan como común posesión de todos, y los que en verdad se entiendan como propiedad privada. Por ejemplo, si los recursos son en verdad propiedad privada, será mucho más difícil demostrar que las necesidades del prójimo le conceden a éste un derecho reconocido a exigir el uso de aquellos recursos.

El significado moral de la lotería natural y social, y los límites dentro de los cuales los bienes son propiedad privada o social, determinará, cómo se justifica una distinción entre resultados injustos o desafortunados. Por ejemplo, si perder en la lotería natural y social no concede, de por sí, ningún derecho reconocido a un individuo a exigir que los demás, aunque inocentes, se cuiden de él, y si los recursos que se buscan son propiedad privada, entonces el hecho de que los individuos necesitados no hallen los recursos que su tratamiento requiere puede ser una circunstancia desafortunada, no una circunstancia injusta.

### SEGURO CONTRA PÉRDIDAS EN LAS LOTERÍAS NATURAL Y SOCIAL

No es posible descubrir un punto de vista concreto acerca de un justo sistema de distribución en el cuidado de la salud. Una opción racional para una ideal distribución de bienes, entre otras tantas posibilidades que compiten, requiere una llamada a un sentido moral particular. Sin embargo, existe aquí la dificultad de poner en claro el nivel del sentido moral al que uno debería sentirse inclinado. Un llamamiento hacia un sentido moral en particular puede, a su vez, exigir una inclinación a un sentido moral superior, *ad indefinitum*. A lo sumo, los argumentos morales establecerán una escala de modelos aceptables. Como consecuencia, un sistema moral, concreto y que se pueda justificar, en el cuidado de la salud se hallará más fácilmente en un acuerdo común, más que con solos argumentos racionales. El reciente informe de *Securing Access to Health Care* por la Comisión del Presidente para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina e Investigación Biomédica y de la Conducta está de acuerdo en este punto. Como dice el informe:

Para la formulación de normas generales en lo que se refiere al cuidado de la salud, ni teorías generales ni opiniones en boga sobre su equidad dan una solución única para la definición de cuidado adecuado, sino que muy al contrario establecen ciertos amplios límites dentro de los cuales debería hallarse aquella definición. Por lo tanto, es razonable que una sociedad se encamine hacia procedimientos políticos equitativos, democráticos para poder ejercer una opción entre alternativas justas. Sin embargo, supuesta la gran falta de precisión en la noción de adecuado cuidado de la salud es especialmente importante que el procedimiento que se vaya a emplear en la definición del nivel de aquel cuidado sea —y se perciba— como justo.

Como indica este informe, una noción adecuada de cuidado de la salud dependerá en parte del juicio de los que se dedican al cuidado de la misma y de los ciudadanos en general, en lo que se refiere a conceptos que determinen cuándo este cuidado pueda suponer un coste tal que lleve consigo una carga excesiva y cuándo la distribución de los gastos no es equitativa.

Proponemos como metáfora apta para la elaboración de un modo de proceder en esta área las pólizas de seguros. La

erección, personal y equipo de una Unidad de Cuidados Intensivos junto con la formulación de reglas para el cuidado adecuado de la UCI, así como la formulación de los derechos de los recién llegados, como opuestos a los de aquellos que llegaron antes, reflejan en gran parte, decisiones particulares entre medios alternativos para que uno mismo busque un seguro contra pérdidas en la lotería natural y hasta cierto punto en la social. Determinados fondos pecuniarios se invierten para poder disponer, si surge el caso, de servicios que les beneficiarán en gran manera, por la disponibilidad de cuidado en la UCI. Además de esto, supuesto que el cuidado de la UCI se otorgue independientemente de las posibilidades pecuniarias del paciente, los individuos también quedan asegurados contra las pérdidas en la lotería social. La metáfora del seguro nos recuerda que es necesario disponer de antemano de los recursos que requieren unos gastos tan elevados como los de la UCI. No puede uno asegurarse contra el fuego cuando ya arde su casa.

El desarrollo de una póliza para la distribución de cuidado de la salud en general, y del cuidado en la UCI en particular, representa la creación por la sociedad de una póliza de seguros que determine cuáles se tomarán como resultados injustos y cuáles como desafortunados. Resultados injustos serán aquellos a los que se provee un cuidado de salud por debajo o contrario a la norma social establecida, concebida como una opción particular entre niveles alternativos de seguro de pérdidas en la lotería natural o social. Los resultados también pueden ser injustos por la ausencia de una participación libre y abierta en la formulación de esta norma de proceder, de los que contribuyen a saldar sus gastos. En el caso de pólizas generales de la sociedad que proveen el cuidado adecuado de la UCI, se presume que esta participación debería incluir a todos los ciudadanos. Por otra parte, los hospitales privados quizás respondan de diferentes maneras a diversas clases de público. Además de esto, debe haber el suficiente conocimiento e información de las clases de cuidado que la institución ofrece a aquellos que irán probablemente a una determinada institución en busca de servicios. En pocas palabras, la equidad o inequidad será determinada por: 1) La provisión del nivel de cuidado de salud por el que se ha llegado a un acuerdo (e.g. cuidado en la UCI); 2) La provisión del cuidado de salud bajo las circunstancias por las que se ha llegado al acuerdo (e.g., conforme a los derechos de los recién llegados sobre los que llegaron antes); 3) La oportunidad para todos los que contribuyen a los gastos del cuidado para determinar sus límites (e.g., la no provisión de cuidado en la UCI a individuos permanentemente inconscientes); 4) El asegurar una publicidad general sobre los servicios que se proveerán.

### UNIVERSO DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS

Las unidades de cuidados intensivos existen para controlar de cerca y proporcionar frecuentes intervenciones terapéuticas a pacientes que manifiestan o corren el riesgo de inestabilidad fisiológica. Se espera que la rápida aplicación de alta tecnología con capacidad de trabajo intensivo proporcionará resultados superiores en el cuidado de la salud, con menor morbilidad que la que se da en hospitales con cuidado de rutina. Estos resultados se pagan a un coste económico muy elevado. La tabla ilustra que en el año 1978 y durante todo el 1979 en el Hospital General de Massachusetts, Boston, la asignación de fondos para todas las UCI fue de un 18 % del

presupuesto por aproximadamente el 7% para el total de pacientes del hospital en el mismo año\*. Estas cifras están en consonancia con las observaciones generales de otros.

En este marco, los pacientes llegan a intervalos variables con amplios márgenes de condiciones médicas. En algunas UCI es posible mantener el control entre camas y nuevas admisiones, por razón de su punto de origen. Esta situación puede darse en las unidades quirúrgicas donde los que necesitan cuidados los requerirán para cirugía electiva, cuya naturaleza es tal que permite retrasar las operaciones, cuando las camas en las UCI están ocupadas por pacientes que se cree necesitan y pueden beneficiarse del cuidado. Por otra parte, la mayoría de las UCI en hospitales de poca o de gran capacidad admiten pacientes de la comunidad y de regiones sin hospitales, quienes, sin casi síntomas previos, pierden su estabilidad fisiológica.

En algunos lugares, estas UCI pueden ser el único recurso disponible. En estas circunstancias, el sistema para cuidar la salud puede obrar de acuerdo con la norma establecida de que todos los que necesiten cuidado lo recibirán (prescindiendo de la probabilidad de mejoría que este recurso suministre); sin embargo, cuando el número de individuos que se pueden identificar, entre los que necesitan el cuidado de cierta UCI o hospital, sobrepasa la capacidad de la facilidad con que se cuenta para cuidar a pacientes identificados dentro de los límites de cuidados ordinarios, existe entonces para el sistema una opción en el dilema de elevar el censo (y consiguientemente reducir los límites establecidos) o examinar críticamente las demandas de los derechos de los que llegaron antes a recibir estos servicios y los de los recién llegados. Mientras la primera alternativa puede parecer moralmente aceptable a algunos, el caso de *Von Stetina*, que se discute en la sección próxima de este artículo, demuestra que esta opción puede constituir un comportamiento legalmente negligente, particularmente cuando el fallo en salvaguardar los criterios de cuidado ya establecidos produce la exposición no uniforme a riesgo y a daño para un individuo que se hubiera beneficiado con el nivel normal de cuidado.

## CONSECUENCIAS DE FALLO DE TRIAGE EN LA UCI: EL CASO VON STETINA

Susan Von Stetina, una mujer que a los 27 años gozaba de buena salud, sufrió heridas en un accidente de coche y fue llevada a la sala de urgencias de un famoso centro traumático. Sus heridas incluían una transección completa del páncreas y la fractura del fémur derecho. Se le hizo una pancreatectomía con éxito y una tracción de pierna. Al cuarto día después del trauma, apareció un síndrome de dificultad respiratoria que requirió intubación, ventilación mecánica y paralización farmacéutica inducida a fin de controlar la ventilación. Por más de 48 horas su condición mejoró progresivamente, pero continuó dependiente de ventilación. Había mejoría objetiva en la radiografía torácica y en los análisis de gases arteriales. En el segundo día en la UCI, se notó que la paciente estaba padeciendo una severa braquicardia, no se sabe por cuánto tiempo, con presión arterial parcial de anhídrido carbónico de 85 mm Hg, después de 15 minutos de reinstaurarle la ventilación artificial. Aunque la reanimación cardiopulmonar constituyó un éxito, la paciente nunca recobró el conocimien-

to y aún permanece, después de varios años, en una clínica con traqueostomía, gastrostomía, y lesión crónica cerebral, habiéndose recobrado completamente de las heridas traumáticas.

Se instituyó un juicio legal en el que el hospital fue el único acusado. Durante el juicio, se presentaron pruebas indicando que accidentalmente se había desconectado a la paciente de su ventilador, por un período de tiempo prolongado, con fallo —según parece— de los sistemas de alarma, que no señalaron el percance hasta que la braquicardia apareció en el electrocardiograma. Durante el proceso el demandante presentó un detallado análisis de todos los pacientes residentes en la UCI y también demostró que había sólo tres enfermeras en cuidados intensivos (enfermeras tituladas) y una enfermera de planta flotante. El hecho ocurrió aproximadamente a las 3 a.m. Al comienzo del relevo del personal, a las 11 p.m., había siete pacientes en la UCI que, según el testimonio de un experto, era el límite al que se podía atender sin peligro, supuestos los recursos de que se disponía. A pesar de esta situación, el hospital continuó admitiendo pacientes (se añadieron un total de cinco) en la UCI, entre medianoche y las 6 a.m.

El abogado de la demandante demostró con evidencia que las enfermeras de cuidados intensivos estaban demasiado ocupadas con las nuevas admisiones que llegaban de la sala de urgencias, para poder atender de modo adecuado a la demandante. Se adujo que había por lo menos tres hospitales en la comunidad, cuya administración podría haberse encargado de admitir a los recién llegados y que estos individuos, podrían muy probablemente haber sido trasladados sin riesgo a las facilidades que ofrecían aquéllos. Se aportaron datos con el fin de indicar que uno de los pacientes, ya ingresado en la UCI, estaba rozando los límites de los criterios que definen la muerte cerebral, y que ciertamente 36 horas más tarde, fue declarado muerto. Otros dos serían dados de alta electiva a la mañana siguiente. Más evidencia adicional indicó que no había ningún director disponible en la UCI, cuyo mecanismo administrativo era incompleto para poderse ocupar del censo de los pacientes de la unidad, y que este trabajo sobrepasaba las capacidades del personal de la unidad. Testimonio de expertos indicó que el paciente necesitaba el cuidado exclusivo de una enfermera. El jurado dictó sentencia a favor de la demandante a la que concedió una compensación de 12.470.000 dólares. (El Tribunal Supremo de Florida ordenó se repitiera el juicio a causa de los 4 millones de compensación por el dolor y sufrimiento).

El caso *Von Stetina* ocurre dentro de las restricciones impuestas por opciones que se ejercieron sobre el número de camas disponibles y preparadas en las UCI del Florida Medical Center, Fort Lauderdale, y sus alrededores. Contra este telón de fondo de restricciones se proyecta el tema moral de cuándo se debe admitir a un paciente o cuando debe ser trasladado, supuesta la probabilidad de que futuros pacientes pedirán admisión y cuyo traslado sin riesgo a otros hospitales, con más camas disponibles en la UCI, no puede ser garantizado. Este modo de raciocinar presupone que la tradicional lotería temporal para la obtención de camas (i.e., el procedimiento por el que se sirve al que llega antes) debería abandonarse y buscar unos cálculos más utilitarios.

La sentencia del tribunal, en este caso, señala la posibilidad de dar de alta a pacientes cuyas probabilidades de obtener algún beneficio con el tratamiento en la UCI han llegado casi al límite, y así conservar el nivel de cuidado que se espera

\* En cálculos de paciente/día.

obtendrán los pacientes que permanecen. Dependiendo de la probabilidad y del beneficio que pueda darse a un paciente ya en cama, se puede anticipar de hora en hora el tiempo de darle de alta y así disponer de una cama para cualquier recién llegado con una necesidad algo mayor o con una probabilidad ligeramente más elevada de beneficiarse con la admisión. Si el ya estar en la cama no cuenta para nada si los recién llegados no tienen derechos especiales por el hecho de ser recién llegados, se puede presumir que los pacientes que guardan cama en la UCI serán dados de alta en favor de aquellos cuyos problemas tienen mayor envergadura o cuyas probabilidades de ser ayudados por el tratamiento en la UCI son más elevadas. No ha sido éste el criterio, o al menos el modo de proceder, reconocido en la mayoría de las UCI de los Estados Unidos. Sin embargo, el caso de *Von Stetina* pone de relieve este problema, no sólo cuando se trata de dos pacientes que podrían haber sido trasladados a la planta, sino también en el caso del paciente cercano a la muerte cerebral, de quien se puede presumir que tenía menos probabilidades de beneficiarse con tratamiento dado en UCI que las que tenía Susan Von Stetina.

Si las probabilidades que tiene un individuo de beneficiarse con el tratamiento de la UCI son mínimas, y un recién llegado las tiene mayores de obtener un beneficio de importancia con el mismo tratamiento, es más fácil aceptar que el primero debería ser dado de alta de la UCI y admitir al segundo. El problema se acrecienta cuando se deben definir los beneficios marginales como contrapuestos a los beneficios de importancia obtenidos por medio de intervenciones de la UCI y aplicar estas definiciones a casos cuyas diferencias no son tan dramáticas en cuanto a las probabilidades de los recién llegados y las de los que llegaron con anterioridad. Solamente si se articulan bien estas distinciones se podrá hacer frente al tema general de cómo se debería fijar el modo de proceder de un hospital en lo que se refiere a los derechos relativos de los recién llegados a la UCI y los de los que llegaron con anterioridad.

### CRITERIOS PARA ADMISIÓN Y CRITERIOS PARA UN ACELERADO DESPIDO

A fin de encauzar el empleo de recursos en casos como el de *Von Stetina*, de un modo consistente con la metáfora del seguro que se propuso, será necesario desarrollar criterios generales para admisión, tratamiento prolongado y despido de una UCI. A fin de formular estos criterios, será preciso determinar índices de probabilidad de éxito, índices de calidad de éxito e índices de la duración de supervivencia. Cuanto más considerables sean los beneficios que probablemente se obtendrán, cuanto más probable sea su obtención, tanto más atractiva, todo siendo igual, parecerá la inversión en el tratamiento de la UCI. Sin embargo, probablemente no todo será igual. Las diferentes circunstancias de los pacientes requerirán distintos niveles de inversión de recursos a fin de buscar un beneficio que se puede obtener con cierta probabilidad. Midiendo escrupulosamente estas consideraciones, se recurre ya explícitamente o implícitamente, a lo que se puede llamar *índice de derecho a tratamiento en la UCI* (UCI-ID). La idea de este índice facilita el desarrollo de los modos de proceder explícitos en la distribución y señala las circunstancias bajo las cuales es prudente proveer tratamiento en UCI,

como parte de un acuerdo de la sociedad en general y las compañías de seguros de la sociedad, contra pérdidas en la lotería natural y en la social.

Tal índice deberá marcar los límites que se permiten en la inversión en tratamientos y tecnologías económicamente muy costosas. El coste, por sí solo, puede derrotar la racionalidad del modo de proceder en cuestión. Si es verdad que los recursos que la sociedad posee son finitos, quizás no haya suficientes fondos para tratar a todos los ciudadanos que lo *necesiten* a un precio de 6 millones de dólares por persona (incluso si las probabilidades de éxito son del 100 %, con una óptima calidad de vida) y a la vez mantener a nuestra disposición fondos suficientes para la manutención de aquellas empresas que contribuyen a una supervivencia digna.

La calidad de vida y su coste puede también conducir a consideraciones normativas que prohiban el gasto de fondos. Por ejemplo, quizás recordamos a Karen Quinlan y Paul Brophy quienes sin capacidad de sentir no pueden en ningún sentido beneficiarse del tratamiento. Bajo tales circunstancias, un individuo no puede ni disfrutar ni sufrir por culpa de las acciones de los demás. El valor del tratamiento estaría muy cerca a cero. La probabilidad y el grado de éxito deben ser tenidos en cuenta cuando se formula un modo de proceder para la sociedad. Nadie estaría obligado a invertir fondos de consideración con poca probabilidad de obtener un beneficio, incluso si el beneficio (donde se pueda obtener) fuera una calidad de vida completa. No es razonable invertir con regularidad considerables recursos en acciones que probablemente fracasarán, incluso cuando una inversión ocasional de tales recursos pueda tener un valor simbólico. Estas consideraciones pueden ser expresadas con la siguiente ecuación:

$$\text{UCI-ID} = \frac{\text{PQL}}{\text{C}}$$

donde la P indica la probabilidad de un resultado con éxito; Q, la calidad del éxito; L, longitud del resto de la vida y C, coste, que se requiere para obtener un éxito terapéutico. A medida que sube el coste, la cantidad y calidad del beneficio disminuye, la racionalidad de la inversión (y por consiguiente del deber de invertir) baja. El significado del coste puede, en parte, apreciarse si se compara con el del cuidado fuera de la UCI a fin de indicar que el valor incrementado del cuidado en UCI no queda justificado por el coste adicional. Estas reflexiones tienen un significado general y pueden servir de ayuda para sugerir que incluso costes modestos no estarán ya justificados por los beneficios que se seguirán de ellos (e.g., dando una razón para anotar órdenes de *no reanimación*).

También habrá un límite mínimo y se podrá llegar a un acuerdo de tratar a todos los que sobrepasen este límite. Cuando el número de pacientes en este estadio superior, que necesitan el cuidado de la UCI, sobrepase al número de camas disponibles en la UCI, y no pueden ser trasladados sin riesgo a otro hospital, puede, en este caso, haber razones de orden moral para proceder a la sobreadmisión. Escoger una UCI-DI particular como umbral para la decisión de dar tratamiento significa comprometer a la sociedad a una inversión de recursos en las UCI con preferencia a otra empresa comunitaria. Hemos argüido que tales opciones deberían ser entendidas como una inversión hecha de antemano por la sociedad en una póliza de seguros a favor de sus miembros contra posibles pérdidas en la lotería natural y social. Los individuos que desearan adquirir más derechos a tratamiento que

los ofrecidos por el contrato general de la sociedad deberían tener la opción de negociar más seguros privados que les ayuden a pagar el coste directo e indirecto (excepto los gastos de capital) que no han sido cubiertos por sistema general de seguros, supuesta la existencia de tal facilidad para estos servicios.

No es probable que las sociedades vayan a cuantificar la calidad del éxito por los períodos de tiempo que se espera sobrevivir, excepto el tomar nota de los de poca duración. Así pues, si solamente se puede obtener una buena calidad de vida por pocos días a un precio muy alto, entonces la sociedad puede comprobar que esta posibilidad de sobrevivir no merece ser realizada mediante una importante inversión de recursos. Las sociedades probablemente dejarán de comparar los méritos relativos de los distintos períodos que se espera sobrevivir, tan pronto como estos sean de bastante consideración (e.g., más de seis meses). Tampoco es probable se hagan comparaciones cualitativas complejas de los resultados, aunque se pueda distinguir el hecho de sobrevivir con capacidad de llevar a cabo actividades de orden diario y de sobrevivir sin aquellas capacidades junto con la necesidad de un largo tratamiento en una clínica. Queda el hecho de que un índice de cálculos para tratamiento es mejor que carecer del mismo. Por medio de este índice, aunque hecho de manera informal, será posible ofrecer una base para la creación de un modo de proceder asequible, endorsado por la sociedad en cuanto al empleo de los escasos recursos en general, y los recursos de la UCI en particular.

## APLICACIÓN CLÍNICA DE LA UCI-DI

La incertidumbre de la prognosis en casos individuales es casi universal y algunos médicos arguyen que esta es la razón primordial por la que son partidarios del tratamiento en las UCI y así evitar errores en lo que refiere a la posibilidad de salvar la vida de su paciente. Estos argumentos vienen respaldados por datos que demuestran los límites de resultados individuales en la categoría de pacientes que se consideran tener prognosis variables. Estos estudios llevados a cabo en ambientes médicos y quirúrgicos tienden a poner de manifiesto la importancia del estado de salud latente así como también el grado de disfunción fisiológica de un órgano vital, para predecir la efectividad del cuidado en la UCI. A pesar de la poca precisión de la prognosis, inherente a las escalas de resultados de uso corriente hoy día, para determinar la severidad de la enfermedad, los siguientes casos ficticios tienen un valor heurístico para el desarrollo de formas con que se pueda medir el UCI-DI.

### Ejemplos de casos

**Caso 1.** Una mujer de sesenta años, la señora A. tenía diabetes mellitus desde la edad de quince años, es admitida en el hospital procedente de una clínica particular para someterse al tratamiento de una úlcera gangrenosa de decúbito del pie. Una hipertensión severa y mal cuidada precedió a ataques de hemorragias bilaterales intercerebrales, dos años antes de ser admitida. La señora A. se encuentra en estado demente de gravedad que requiere continuo cuidado hospitalario. Una hija muy allegada a ella la visita todos los días en el hospital. A la señora A. se le ha amputado un pie, sin complicaciones. Una semana después de la operación, encontraron a la señora

A. desplomada en su cama cianótica con la boca llena de contenidos gástricos, con unas 40 pulsaciones por minuto. Se le aplica intubación endotraqueal y reanimación cardiopulmonar con éxito y se empieza ventilación mecánica con infusión de dopamina que se requiere para mantener su presión arterial. Su hija, testigo de lo ocurrido, insiste en que sea trasladada a la UCI. La UCI, que tiene una capacidad de sólo diez pacientes, ya tiene un censo de nueve.

**Caso 2.** El señor B. tiene 55 años y padece adenocarcinoma de colon cuyo diagnóstico se facilitó en una colectomía, que se llevó a cabo un año antes de ser admitido. Durante la operación se documentaron metástasis del hígado sin haber respondido a la quimioterapia, incluyendo quimioterapia intraarterial selectiva hepática.

Se admite al paciente en el hospital con un historial de tres días de disnea y una temperatura de 39,5 °C (103° F). Después de tres días con apropiado tratamiento antibiótico contra las bacterias patógenas documentadas en un cultivo de saliva, el enfermo ha sufrido un inminente fallo respiratorio. Está completamente despierto sin dolor, profundamente cianótico, y con una presión parcial arterial de oxígeno de 40 mm Hg durante la terapia con máscara de oxígeno. Su médico pide que sea trasladado a la UCI antes de someterle a intubación endotraqueal y ventilación mecánica. Su esposa insiste en que debe recibir todos los beneficios potenciales del cuidado intensivo. La UCI (cuya cabida es de diez camas) tiene, al presente, siete de ellas ocupadas y tres camas adicionales han sido prometidas a tres pacientes que están siendo operados con una prognosis de buenas a excelentes que conducirán a una vida de gran calidad. El señor B. es un caso bien documentado de fallo de la quimioterapia con una perspectiva de vida de tres a seis meses.

**Caso 3.** La señora C. es una viuda de sesenta años con dolor persistente en la cadera, resultado del fallo de una prótesis total en la cadera derecha, dos años antes de ser admitida en el hospital. Su función respiratoria se encuentra severamente impedida a causa de una bronquiectasis crónica y enfermedad alérgica de vías respiratorias. Está severamente impedida a raíz de la dolencia pulmonar y necesita casi por entero ayuda en casa. Sin embargo, se da cuenta de todo y desea alivio en su intolerable dolor. Consultó a un cirujano ortopédico quien rehusó reemplazarle la prótesis de la cadera, supuesta su condición pulmonar. Otro cirujano ortopédico consintió en operarla, y junto con un neumólogo, le informó que la operación tenía una incidencia del cuarenta por ciento de probabilidades de muerte. La operación se complicó con severos broncospasmos preoperatorios y con una ya prevista profunda hemorragia. La paciente fue admitida en la UCI después de la operación y contrajo una neumonía progresiva a pesar de la terapia intensiva antibiótica, ventilación mecánica y fisioterapia del tórax. Requirió drenaje vía torácica por neumotórax bilateral y la ventilación era escasamente adecuada por culpa de unas fistulas broncopleurales. Hacia el día veintiuno después de la operación, la función renal del paciente es de anuria total, aunque no se aprecia necesidad de recurrir a la diálisis. La paciente está intermitentemente despierta pero se halla en estado confuso.

Sus hermano y hermana desean se le administre todo el cuidado posible en la UCI. No obstante, la UCI está completamente llena y el cuarto de urgencias acaba de informar a la UCI que un hombre de 45 años, con múltiples heridas de escopeta en el tórax y abdomen deberá ser admitido después de una intervención quirúrgica de urgencia. Según parece, la prognosis de este paciente es favorable. Se cree que los demás pacientes de la UCI pueden ser tratados con éxito, con probabi-

lidades de vivir por largo tiempo una vida de calidad. Sin embargo, el traslado de estos pacientes a otras salas del hospital no parece prudente. Tampoco se consideran aconsejables el traslado del paciente con heridas de escopeta y el de la señora C. Se cree que la señora C. morirá dentro de una a cuatro semanas a pesar de todo el cuidado de la UCI. El traslado de la señora C a una sala general puede conducir a una muerte aún más prematura de lo que se espera, con grandes probabilidades de complicaciones.

Estos tres ejemplos presentan un campo de acción que va de menor a mayor UCI-DI. En el primer caso, el probable futuro de la señora A. Consistirá en una vida de muy baja calidad. Aun cuando los gastos incurridos en cuidarla no serán inasequibles, una decisión normativa de tratar a esta clase de pacientes obligaría a la sociedad a mantener unos gastos de consideración, a largo plazo. En este caso particular, con uso individual de la UCI, se dispone, de hecho, de una cama libre y su empleo no comportaría un gasto desordenado, puesto que tanto el personal como los recursos del capital ya han sido invertidos, se use o no la cama. Sin embargo una forma de proceder que admitiera estos casos incrementaría el censo diario y por consiguiente la admisión en las UCIs sería excesiva. Obtener más acomodación, para casos como éste, significaría invertir un dinero para asegurar la expansión de las UCIs y la multiplicación del personal. Por lo tanto concluimos, que no se debería considerar esta clase de casos como admisible para los cuidados de la UCI.

Hemos sacado esta conclusión como punto moral en el que se basa la metáfora del seguro, aducida con anterioridad. No nos parece probable que individuos razonables y prudentes emplearan de antemano recursos a fin de adquirir una póliza de seguros que les otorgara el privilegio de prolongar, por unas semanas o meses, su período vital, cuando se hallasen en un estado de demencia grave.

En pocas palabras, tomamos este caso como un claro ejemplo de las ocasiones en las que no debería haber ningún derecho a tratamiento en la UCI. Por consiguiente nuestra recomendación es que el modo de proceder aceptado refleje lo que creemos ser una opción prudente en el empleo de recursos disponibles. Los programas de seguros del Gobierno y de terceras partes deberían afirmar explícitamente que, bajo estas circunstancias, no se dispondrá de fondos para sufragar los gastos de la UCI. Como ya se discutió, estas normas se deberían promulgar de antemano y así evitar toda confusión. La hija debería saber con certeza que ya existe un acuerdo entre los que participan en todo plan de seguros que establece que no merece la pena incurrir tal inversión para cubrir esta eventualidad.

Con todo, el señor B, es un ejemplo de la clase de individuos a los que se les debería reconocer como poseedores de un título condicional para ser tratados en la UCI. Su vida, en cuanto a cantidad y calidad, es marginal. Además, las posibilidades de extenderla de manera apreciable están cerca de cero. No es claro cuántos individuos querrían en verdad invertir recursos en la adquisición de una póliza de seguros sin otro fin que prolongar sus vidas en las circunstancias en las que se encuentra el señor B. Las condiciones en las que transcurre su vida no son agradables. Sin embargo, las circunstancias le ofrecen la posibilidad de ser tratado en la UCI y situarle, por un período que oscila de semanas a meses, en el mismo estado en el que se encontraba antes de su admisión. Siendo así, lo proponemos como un ejemplo de casos intermedios en los que se debería ofrecer tratamiento si hubiera

camas disponibles. No obstante, el señor B. no debería ser admitido, ni tratándose de una emergencia, si la admisión condujera a exceder el límite del censo de la UCI.

Se podría considerar la sobreadmisión en circunstancias extremas, *pace Von Stetina*, si todos los individuos que buscaran admisión tuvieran las mismas probabilidades de salvarse y de ser restablecidos a una vida de buena calidad y el traslado a otra institución no fuera posible. Pero, el señor B. no se halla en este grupo. El señor B. debería abandonar la UCI, en caso de necesidad de admitir a otros individuos con mejores probabilidades de mejoría y de ser restablecidos a una vida de buena calidad.

El tercer caso, el de la señora C. nos ofrece un ejemplo de la clase de individuos cuyas condiciones, después de su admisión, pueden empeorar de tal modo, que más cuidado en la UCI ya no queda justificado. La tomamos como un caso en el que se debería retirar el derecho a tratamiento en la UCI. Cuando el acuerdo inicial de proporcionar tratamiento de la UCI se llevó a cabo, existían buenas probabilidades de ofrecer a la señora C. una cantidad de vida cuya calidad era digna de consideración. No obstante, después de la intervención quirúrgica y durante el cuidado en la UCI, la situación sufrió un cambio. Después de su múltiple disfunción orgánica ya no fue plausible esperar que surgiera una oportunidad, que se pudiera tener en cuenta de ofrecerle una apreciable extensión de su vida. Continuar el tratamiento en la UCI, con tan débiles posibilidades equivaldría a la larga, proceder al aumento de las camas en la UCI con el consiguiente incremento de gastos.

Creemos muy plausible que individuos que contemplaran sus inversiones en seguros para cubrirse, no creyeran que la adquisición de éstos para prolongar el proceso de su muerte desde una semana a unos meses a lo sumo, justificara una prudente inversión de fondos. No queremos decir con ello que en la pasión del momento aquéllos no busquen unos cuantos días más de vida, de la misma manera que el que ve a su casa ardiendo quisiera haber adquirido la póliza de seguros más completa. Pero todas las decisiones en lo que se refiere a inversión de recursos que se destinan a hacer frente a las posibles contingencias, deben ser tomadas por adelantado, teniendo en cuenta el campo de posibilidades antes que cualquiera de éstas pueda ocurrir. Planificar de antemano contra contingencias significa exactamente planear con anterioridad contra cualquiera de las contingencias que quizás ocurran.

## CONCLUSIÓN

Habría diversidad de opiniones sobre la norma pública apropiada en lo que se refiere a los cuidados que la UCI pueda ofrecer. En la medida que las normas adoptadas llevan consigo la inversión de recursos comunes, aquella diversidad se resolverá por medio de decisiones comunitarias. El plan que hemos articulado se ha propuesto como forma alternativa, que sería adoptada por la mayoría de hombres y mujeres si enfocaran la formulación de una norma pública de la misma manera que enfocarían la adquisición de una póliza de seguros contra las posibles pérdidas en la lotería natural y en la social.

El incremento cuantitativo de beneficios como contribución de los cuidados en las UCI no justificaría, con frecuencia, la adquisición de *seguros* a favor de la oferta incondicional de cuidado en la UCI.

## APÉNDICE

### HOSPITAL GENERAL DE MASSACHUSETTS

Distribución del Presupuesto del Hospital y Recursos Sanitarios a Unidades de Cuidados Intensivos del 1.º de octubre, 1978 al 30 de septiembre, 1979\*

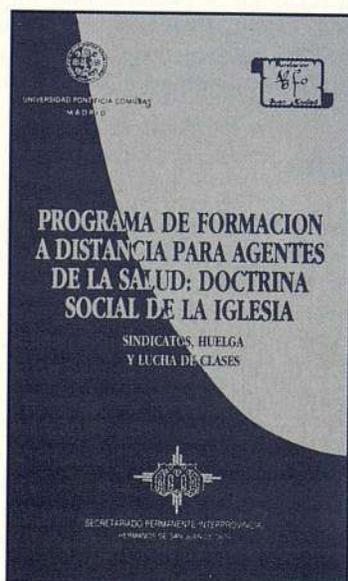
Total camas en el hospital, N.º (%)	1.094,0	(100,0)
Camas en las UCI, N.º (%)	94,0	(8,6)
Total de pacientes en cama, N.º (%)	327.118,0	(100,0)
Pacientes en cama en las UCI	23.739,0	(100,0)
Total empleados FTE, N.º (%)	1.470,85	(7,3)
Total empleados en las UCI FTE** N.º (%)	303,2	(20,5)
Presupuesto total de salarios, N.º (%)	21.488.685,0	(100,0)
Presupuesto de salarios en UCI, N.º (%)	4.654.919,0	(21,6)
Coste combinado de operaciones, N.º (%)	81.926.106,0	(100,0)
Costes combinados en las UCI	11.371.648,0	(18,4)

\* Datos proporcionados por Lawrence, E., y Martin, MBA, Director General Asociado, y Mary McDonald, MA., FAAN, Directora de Enfermeras, Massachusetts General Hospital, Boston, octubre, 1980.

\*\* FTE equivale al presupuesto de empleos de jornada equivalentes al puesto de enfermera.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ENGELHARDT, H. T. Jr. Shattuck Lecture: *Allocation of scarce medical resources and the availability of organ transplantation. Some moral presuppositions.* N. Engl. J. Med., 1984; 311: 66-71.
2. RAWLS, J.: *A Theory of Justice.* Cambridge, Mass, Belknap Press, 1971.
3. NOZICK, R.: *Anarchy, State and Utopia.* New York, Basic Books Inc. Publishers, 1974.
4. ENGELHARDT, H. T. Jr.: *Health Care allocations. Responses to the unjust, the unfortunate and the undesirable, en Shelp EE (ed). Justice and Health Care.* Dordrecht, the Netherlands. D. Reidel Publishing Co. 1981, pp. 121-137.
5. BRODY, B.: *Health care for the haves and the have-nots. Toward a just basis of distribution, en Shelp EE (ed) Justice and Health Care, Dordrecht, the Netherlands.* D. Reidel Publishing Co. 1981, pp. 151-159.
6. ENGELHARDT, H. T. Jr.: *The Foundations of Bioethics.* New York, Oxford University Press. 1985.
7. *Securing Access to Health Care.* President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavior Research 1983, p. 42.
8. RUSSELL, L. B.: *The role of technology assessment in cost control,* en McNeil, B. J. Cravalho EG (eds) *Critical Issues in Medical Technology,* Boston, Auburn House, 1982, pp. 129-138.
9. *Intensive Care Units (ICUs), Clinical Outcomes. Cost and Decision Making.* Health Technology Case Study 28, Office of Technology Assessment, 1984.
10. *Von Stetina vs Florida Medical Center.* 2 Fla. Supp. 2d 55 (Fla 17th Cir 1982), 436 So Rptr 2d 1022 (1983), 10 Florida Law Weekly 286 (Fla. May 24, 1985).
11. CALABRESI, G.: *Reflection on medical experimentation in humans,* en Freund P. A. (ed.) *Experimentation in Human Subjects,* New York, George Braziller Publishers, 1969, pp. 178-196.
12. SCHEFFLER, R. M., KNAUS, W. A. y WAGNER, D. P. et al.: *Severity of illness and the relationship between intensive care and survival.* Am. J. Public Health 1982; 72: 449-460.
13. KNAUS, W. A., DRAPER, E. A. y WAGNER, D. P.: *The use of intensive care. New research initiatives and their implications for national health policy.* Milbank Mem Fund Q 1983; 61: 561-583.
14. KNAUS, W. A., ZIMMERMA, J. E. y WAGNER, D. P. et al.: *APACHE - acute physiology and chronic health evaluation. A physiologically based classification system.* Crit Care Med. 1981; 9: 591-597.



## CURSOS DE PASTORAL DE LA SALUD Y DOCTRINA SOCIAL DE LA IGLESIA

(por correspondencia)

TEMAS PREPARADOS MUY ESPECIALMENTE PARA AGENTES DE LA PASTORAL Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Importe del Curso: 6.000 ptas., que suponen:

- Envío del material, 6 cuadernos por año (3 de Pastoral de la Salud y 3 de Doctrina Social de la Iglesia).
- Corrección de los ejercicios.
- Devolución de los ejercicios.

FUNDACIÓN JUAN CIUDAD  
Cátedra San Juan de Dios

Herreros de Tejada, 3 - Tel. (91) 458 83 02 - 28016 MADRID

# El reto de Oregón

LH

IV-1

## EL PLAN DE SALUD DE OREGÓN

*Oregon Department of Human Resources  
Office of Medical Assistance*

*Desde el año 1989 al 1993, el poder legislativo de Oregón promulgó una serie de leyes que reciben colectivamente el nombre de Plan de Salud de Oregón, y que presentamos a los lectores de LABOR HOSPITALARIA.*

### VISIÓN GLOBAL

El encarecimiento de los costos del cuidado médico y el creciente número de personas que no pueden costear el gasto que ello lleva consigo constituyen una amenaza a la salud social y económica de este país. La raíz del problema estriba en la falta de un modo de proceder sobre la salud a nivel nacional y de una distribución explícita y racional de los recursos sanitarios.

El obstáculo a la reforma nacional es la falta de consenso sobre la forma de lograr un claro método de política federal. Cada distrito que sufre estas consecuencias comparte el problema y, por consiguiente, debe tomar parte en su solución.

Nuestro actual sistema sobre el cuidado de la salud se ha desarrollado de un modo fragmentario en lugar de realizarse dentro de un contexto común, con un objetivo político a largo plazo. Como resultado, ciertas decisiones independientes a corto plazo, favorecieron intereses especiales, crearon enormes huecos en la cobertura que es preciso rellenar y contribuyeron al alza de los precios. Políticamente, cada grupo se concentra en evadir aquellos costos en lugar de controlarlos conjuntamente. No se puede considerar culpable a nadie pues todos se ven forzados a mantener el *status quo*.

Un amplio grupo de personas interesadas acudieron al debate de Oregón. Entre ellos, había profesionales de la salud y usuarios, negociantes, aseguradores, trabajadores y legisladores.

Los reformadores estuvieron de acuerdo con un objetivo común —mantener la salud de los oregonianos. Contestaron tres preguntas fundamentales e interrelacionadas para conseguir el éxito de la reforma del cuidado de la salud: quién está cubierto, qué se cubre, cómo se subvenciona y cómo se suministra. Desarrollaron una estrategia política con el fin de con-

solidar la salud de los oregonianos y contener los gastos que ello implica y formular un proceso de reforma.

Tuvieron éxito pues ejercieron opciones explícitas, que deberán defenderse dentro del contexto del objetivo de una política común. Ellos son los responsables de las consecuencias humanas de estas decisiones.

### IDEAS MÁS IMPORTANTES

#### El Plan de Salud de Oregón

##### Proporciona un acceso universal

- Extiende la asistencia pública a los indigentes.
- Ordena una cobertura basada en el empleo.
- Prevé un fondo de seguro de alto riesgo.

##### Define el contenido del beneficio básico

- Valora críticamente la eficiencia relativa de los servicios médicos.
- Pide al público que establezca las prioridades que guíen las decisiones sobre fondos sanitarios.
- Conglomera explícitamente los beneficios básicos con la eficiencia.

##### Reforma del mercado que ofrece el reducido grupo de aseguradores

##### Contiene disposiciones para controlar el alto costo

- Disminuye el desplazamiento del costo, insiste en controlar la administración del cuidado, insiste en el cuidado preventivo y en la atención primaria una intervención temprana, no remunera la ineffectividad, valora críticamente el uso de los servicios médicos y de la tecnología.

##### Contiene una política dinámica de control de los costos

- Enfoca la realidad de los límites fiscales.
- Reconoce que el cuidado médico es una inversión que afecta la salud.
- Ofrece una política marco con un balance adecuado del gasto público para mantener al pueblo en buen estado de la salud.
- Prevé responsabilidades por las consecuencias humanas al tomar decisiones sobre fondos públicos.

*Ofrece un consenso bipartito, con base amplia, sobre la reforma de la política de la salud*

## CUMPLIMIENTO

La ampliación del *Medicaid (Medical expansion)* de Oregón, que se espera va a cubrir un número adicional de 120.000 personas con bajos ingresos, empezó a surtir efecto el día 1 de febrero de 1994. El estado paga por el proyecto de expansión de 65 millones de dólares por el período 1993-95 con una combinación del fondo general y un incremento de 10 centavos de impuesto por cada paquete de cigarrillos, al que deberá equilibrar con fondos federales del Medicaid. El primer aumento de 5 centavos será desde noviembre de 1993 y los segundos 5 centavos desde enero de 1994. El *Medical Standard Benefit package (Promedio del paquete de beneficios de Ayuda Médica)* para el período 1993-95, cubre:

*565 de los 696 servicios médicos según el orden de la lista de prioridades basada en la eficiencia médica y los valores sociales.*

Un margen más amplio de *higiene mental y dependencia de servicios químicos (mental health and chemical services dependency)* actualmente en fase de desarrollo y que se incluirá en el Paquete Estándar de Beneficios Médicos (Medical Standard Benefit Package) el día 1 de enero de 1995, está pendiente de sanción federal. La Legislatura de Oregón ha aceptado una lista que prioriza la higiene mental, y servicios de medicina física y subsidiaria de productos químicos y ha fundado monetariamente un paquete de beneficios que cubre 606 de los 745 servicios incluidos en la lista final. Esta fase para todo el estado debería quedar concluida el 1 de julio de 1996. *Las personas mayores y aquellos con incapacidades* que reciben tratamiento de Medicaid estarán incluidos en el Plan de 1 de enero de 1995, también pendiente de sanción federal.

*Los grandes y medianos empresarios* deberán facilitar contratos de seguro a sus empleados y dependientes hacia el 31 de marzo de 1997; *los empresarios pequeños*, hacia el 1 de enero de 1998. *El fondo de alto riesgo* ya se aplica a los oregonianos que carecen de medios para adquirir un seguro convencional, a raíz de las condiciones médicas que existían con anterioridad. *El impuesto sobre el programa de crédito* ha prestado sus servicios a más de 5.500 empleadores. *Reformas del mercado de seguros* para pequeñas industrias están ya en marcha y el *Plan de Salud para el Pequeño Empresario*, un paquete de beneficios «substancialmente semejante» a la reforma de Medicaid, está ya al alcance del público.

Un *Administrador del Plan de la Salud de Oregón* trabajando independientemente del Departamento de Servicios Administrativos, coordinará la reforma del cuidado de la salud y se enfrentará a temas que incluyen:

- Definir un paquete básico de beneficios y responsabilidades de los empresarios, empleados y el estado del programa que se impone al empresario.
- Desarrollar otros medios para conseguir un acceso universal como serían un mandato individual, un sistema para contribuyentes individuales, o la ampliación de programas voluntarios.
- Desarrollar la opción por un plan individual para los oregonianos con bajo nivel de ingresos y los parcial o eventualmente empleados, que no podrían de otro modo ser cubiertos por el Plan de Salud de Oregón.
- Desarrollar una *tarjeta del consumidor* para ayudar en la selección de diversos planes de salud o suministro.
- Recomendar métodos que incrementen la eficiencia y la efectividad de la administración del cuidado de la salud y reduzcan los costos.

## IMPACTO

El impacto ha sido importante y ha creado un círculo vicioso que perpetúa el problema.

Treinta y siete millones de americanos carecen en la actualidad de beneficios garantizados pues, aunque pobres, no reúnen las condiciones para acogerse a la ayuda de Medicaid, no están cubiertos por la empresa, y no pueden costearse una cobertura individual. Se ven racionados *silenciosa e irracionalmente* por nuestro sistema del cuidado de la salud.

En lugar de buscar un cuidado preventivo temprano, procuran un tratamiento de urgencia cuando la enfermedad se agrava. Los costos se transfieren (desplazamiento del costo) a clientes abonados y así se convierten en un subsidio encubierto, pagado *implícitamente* por el desplazamiento del costo. Como resultado, las facturas médicas y las pólizas de seguros suben de precio.

El sector público y el privado buscan reducir el impacto de este subsidio oculto. Medicaid disminuye el número de gente que cubre cuando re-define los criterios de elegibilidad o cuando restringe el reembolso a los abastecedores. Los empresarios limitan o deponen la cuota de pago. El resultado —mayor número de gente está sin cobertura y va al *desplazamiento del costo* con lo que se complica el problema. Las pólizas suben más del 20 por ciento al año y el número de los no asegurados en Oregón crece un cinco por ciento por año.

Una fuerza de trabajo con poca salud eleva el costo de los negocios y disminuye tanto su productividad como su capacidad de competencia en los mercados mundiales. En el orden nacional, los costos de las transacciones sobre el cuidado de la salud han subido el doble desde 1985 y los beneficios en la salud constituyeron una fuerza de importancia en el 83 por ciento de las huelgas laborales en 1991.

El cuidado de la salud es el capítulo que aumenta con mayor rapidez en el presupuesto, después de los intereses de la deuda nacional. La creciente subida de los costos del cuidado de la salud restringe nuestra capacidad de inversión en educación, medio ambiente y vivienda —áreas que con frecuencia tienen un impacto tan grande sobre la salud como el que ya de por sí tiene el mismo cuidado de la salud— áreas críticas para el bienestar del individuo y de la sociedad.

## FUNDAMENTO DE LA REFORMA

Enfrentado a las consecuencias sociológicas y sociales de este planteamiento irracional y a la falta de dirección y plan a nivel nacional, Oregón empezó a preocuparse por el cuidado de la salud en 1987. Fue un éxito, pues Oregón congregó a los políticos, les exigió opciones explícitas, responsabilidad por las consecuencias de aquellas opciones y la defensa de las mismas dentro del contexto de un objetivo de política común.

**Debate entre fuerzas políticas.** Puesto que todos los sectores electorales comparten el problema, a ellos corresponde parte de la solución. Seis importantes políticos trabajan conjuntamente en la reforma del sistema de Oregón: profesionales de la salud y consumidores, negocios, trabajadores, compañías de seguros y legisladores.

**Se define el objetivo.** Llegaron a un consenso sobre el régimen para mantener a los ciudadanos de Oregón en buen estado de salud.

**Principios de reforma que se acordaron.** Estuvieron de acuerdo con los principios que les señalaban el ascendiente

cauce de los pasos hacia la reforma y mantenerlos a su vista a fin de obtener el objetivo a largo plazo.

- Todos los ciudadanos deberían tener acceso a un nivel básico de cuidado.
- La sociedad es responsable por el costo del cuidado de los pobres.
- Debe haber un proceso por el que se determine lo que *constituye* un nivel *básico* de cuidado.
- El proceso debe basarse en criterios ya debatidos públicamente, debe reflejar el consenso sobre los valores sociales y debe tener en cuenta el bien global de la sociedad.
- El sistema de suministro de la salud debe ofrecer alicientes para el uso de servicios y procedimientos efectivos y adecuados más que beneficios marginales o dudosos: el sistema ha de evitar incentivos que conduzcan a un sobretratamiento.
- El cuidado de la salud es un factor importante que afecta a la salud; la creación de fundaciones monetarias para el cuidado de la salud debe ser proporcionada a otras inversiones en programas que también afectan a la salud.
- Las fundaciones monetarias deben ser explícita y económicamente viables.
- Debe haber mecanismos que establezcan claras responsabilidades en la distribución de recursos y las consecuencias humanas de estas decisiones.

**Se delimita el debate.** Los reformadores se concentraron en tres cuestiones fundamentales mutuamente relacionadas sobre la reforma del cuidado de la salud, quién se cubre, qué se cubre, cómo se cubren los gastos y cómo se suministra.

- A fin de controlar el costo, debemos, en primer lugar, incluir a todos dentro del sistema del cuidado de la salud y definir el paquete básico para todos. Por consiguiente, pagamos sus gastos médicos directamente, eliminando el subsidio oculto, reducimos en gran manera el desplazamiento del costo y empezamos a descubrir el verdadero precio del cuidado de la salud.

#### «A quién se cubre»

*Todos los ciudadanos deberían tener un acceso universal a un nivel de cuidado básico. La sociedad debe responsabilizarse de los pobres.*

El acceso universal se obtiene con un sistema de seguro público o por medio de una empresa pública o privada. En un mismo sistema, todos quedan cubiertos por un único programa estatal sostenido por impuestos generales. No existen pólizas abonadas por individuos o empresas.

Los reformadores de Oregón optaron remodelar el sistema público o privado ya en existencia. El estado asume la responsabilidad hacia los pobres, por todos los que tienen unos ingresos bajo el nivel de pobreza federal, y los empresarios ofrecen cobertura a todos aquellos cuyos ingresos sobrepasan el nivel de pobreza. Las compañías privadas o públicas son cruciales para la fundación monetaria del Plan Sanitario de Oregón.

#### ¿Qué se cubre?

*Debe haber un proceso para determinar lo que constituye el nivel básico de cuidado. El proceso debe ser público y ha de considerar el valor de la sociedad global.*

*El nivel básico de cuidado ha de ser eficiente y adecuado para procurar la salud.*

No todo lo disponible en nuestro sistema sanitario tiene el mismo valor o eficiencia. A fin de mantener a los oregonianos en buen estado de salud y a la vez contener los gastos, el paquete básico de beneficios no debe costear un cuidado ineficiente e inadecuado.

Oregón creó una Comisión de Servicios Sanitarios que evalúa los servicios sanitarios en una lista desde los menos a los más importantes para toda la población, basada en eficiencia clínica y valía para la sociedad. La legislación utiliza esta lista para instituir un paquete *básico* de beneficios basado en ingresos destinados al cuidado sanitario.

La primera tentativa de definir un beneficio básico por medio de eficiencia clínica y valor social, tuvo lugar en Oregón, convirtiéndose éste en el único estado que unió explícitamente los beneficios básicos a la eficiencia.

Conocemos los factores que llevan a un alza de los costos —falta de acceso universal, cuidado de urgencia costoso en lugar de un cuidado temprano, cuidado preventivo, desplazamiento del costo, crecimiento de documentos administrativos, uso de tecnología médica sin pensar en su eficiencia, gastos inútiles, exigencias de cuidado sin límites y sobre-utilización de servicios.

*El sistema de suministro debe ofrecer alicientes para que se utilicen procedimientos eficientes y adecuados y se evite el sobre-tratamiento.*

Definiendo el paquete básico de beneficios con el fin de eliminar el cuidado ineficiente nos permite examinar otro factor de gran importancia que contribuye al alza de los costos —cómo se suministra el cuidado.

El debate político puede enfocar el *control* de los costos más que *huir* de los mismos.

#### «Cómo se cubren los gastos»

*Los presupuestos deben ser explícita y económicamente viables. Debemos igualar el gasto público del cuidado médico y otros programas que pueden tener un impacto sobre la salud.*

El plan de salud de Oregón crea una dinámica política que ofrece a todos los oregonianos un interés en el control de los costos del cuidado sanitario. Puesto que el cuidado sanitario es una entre las varias instituciones que afectan la salud, debemos adecuar el gasto público para el cuidado de la salud a otros programas.

*Por ejemplo, la mortalidad infantil es una consecuencia no solamente de la falta de cuidado médico prenatal, sino también de la falta de educación, deficiente acomodación, embarazo juvenil, abuso de drogas y pobreza.*

#### Reconoció la realidad de los límites fiscales

Existe un límite en la cantidad de impuestos que el pueblo puede pagar, de aquí que los estados tienen también un límite en la manutención de programas públicos. Puesto que se exige a los estados que equilibren sus presupuestos, los legisladores deben dividir sus recursos entre los programas que los solicitan.

*Por ejemplo, no nos es posible mejorar la salud si desembolsamos dinero solamente en complicaciones médicas por abuso de drogas e ignoramos las condiciones sociales que conducen a la adicción. Esto significa hacer inversiones en educación, vivienda, y oportunidad económica. Pero, puesto que*

*los costos del cuidado sanitario aumentan, es más difícil efectuar las inversiones necesarias en estas diferentes áreas.*

Cada dos años durante la preparación del presupuesto, los legisladores debaten el nivel de contribución económica que tienen a disposición del cuidado de la salud, dentro del contexto en dólares disponibles, las necesidades de los programas que compiten y lo que mejor conduce al fin de conservar a los oregonianos en buen estado de salud.

### **Ejerció opciones explícitas**

*Debe haber una evidente responsabilidad.*

Una decisión de gastar dinero en el cuidado de la salud tiene como resultado otra decisión de ahorrarlo en otros servicios. Estas permutas ocurren circularmente en los presupuestos de toda legislación y someten a racionamiento a ciertos individuos en beneficio de otros.

*Éstas son permutas silenciosas porque el sistema fiscal tradicional permite que sean los legisladores quienes se lleven la fama por un muy pregonado niño que necesita un trasplante, pero evitan la responsabilidad por los miles de niños que carecen del cuidado básico de la salud y sufren enfermedades innecesarias, dolorosas y algunas veces fatales.*

Este proceso nos hace responsables por las consecuencias humanas de nuestras decisiones sobre fundaciones monetarias.

## **ESTRUCTURA LEGISLATIVA**

### **AMPLIACIÓN DE MEDICAID**

Durante las sesiones de 1989 y 1991, el poder legislativo de Oregón promulgó seis leyes que reformaron el sistema del cuidado de la salud. En 1993, los legisladores aprobaron el *anteproyecto de Ley 5530* que permite al estado implementar muchas de estas reformas.

El *proyecto de Ley 27 del Senado SB 27, 1989*, extendió la cobertura de Medicaid a todos los oregonianos con ingresos inferiores al nivel federal de pobreza (actualmente 991 dólares por mes en una familia de tres) y les garantizó un paquete básico de beneficios (Standard Benefit Package) fundado en una lista de prioridades de servicios sanitarios. La ampliación era contingente y dependía de la recepción de una renuncia de la ley federal de la Administración de las Finanzas del Cuidado Sanitario (Health Care Financing Administration—HCFA—). Cuando sea posible el SB27 requiere que Medicaid proporcione servicios por medio de planes de cuidado para coordinar el tratamiento y reduzca los costos. También requiere que los proveedores de Medicaid sean remunerados a precios razonables a fin de acabar con el desplazamiento del costo debido al deficiente pago de Medicaid.

**Paquete básico de beneficios.** El *proyecto de ley 27 del Senado* creó la Comisión de Servicios Sanitarios de Oregón para que clasificara los servicios médicos desde los más a los menos importantes, para la población entera. La Legislación define el Paquete Básico de Beneficios de acuerdo con la lista.

**Orden al empresario.** El *proyecto de ley 935 del Senado (1989)* requiere que todos los empresarios cubran a los empleados «permanentes» (i.e., trabajando 17.5 o más horas por se-

mana) y a sus dependientes para el 1.º de julio de 1995, o que coticen a un fondo especial de seguro estatal que ofrecerá cobertura a aquellos empleados («Juega o Paga»). Concedió a los pequeños empresarios créditos fiscales por cobertura voluntaria efectuada antes de julio de 1955.

**Conglomerado de alto riesgo.** El *proyecto de ley 534 del Senado (1989)* fundó la Oregon Medical Insurance Pool (OMIP) que ofrece seguros de salud a gente que no puede adquirir cobertura convencional por problemas médicos pre-existentes.

**Reforma de seguros y plan de la salud para el empresario de recursos limitados.** El *Proyecto de Ley 1076 del Senado (1991)* concibió unos seguros para pequeñas empresas (3-25 empleados). Creó el Small Carrier Advisory Committee (el Comité Consultor de Cotización Limitada) encargada de delinear un paquete de beneficios semejante al Paquete Estándar de Beneficios de Medicaid. Todas las pequeñas compañías aseguradoras deben ofrecer este paquete.

**Controlando los recursos sanitarios.** El *Proyecto de Ley 1077 del Senado (1991)* establece una Comisión de Recursos Sanitarios para que examine el impacto de los gastos del capital en tecnologías médicas.

**Ampliando los servicios.** El *Proyecto de Ley 1076 del Senado (1991)* exige a la Comisión de Servicios Sanitarios que integre los servicios de higiene mental y de dependencia química en las futuras listas de prioridades para que la Legislación considere su fundación.

**Ampliando la cobertura.** El *proyecto de Ley 44 del Senado (1991)* empezó el proceso de ofrecer el Paquete Estándar de Beneficios a los mayores y a personas con desventajas en Medicaid, después de obtener la sanción de la legislación.

**Ejecutando el plan.** El *proyecto de Ley 5530 del Parlamento (House)* permite al estado ejecutar el plan de Oregón:

- Fundando el Paquete Estándar de Beneficios de Medicaid empezando el 1.º de febrero de 1994, usando fondos generales y un impuesto del 10 por ciento por cada paquete de cigarrillos (desde 28 cents.). El primer 5 por ciento empezando en noviembre de 1993, y el segundo 5 por ciento en enero de 1994.
- Fundando el Paquete Estándar de Beneficios de Medicaid por 1993-95 para cubrir 565 de los 696 servicios sanitarios que constan en la lista de prioridades.
- Fundando la integración de las personas mayores con desventajas en el programa de Medicaid en el 1.º de enero de 1995, pendiente de sanción federal.
- Aprobando gradualmente la ampliación de la cobertura de higiene mental y los servicios de dependencia química para los clientes de Medicaid, fundando un paquete de beneficios que cubre 606 de los 754 servicios en una lista que integra estos servicios. La ampliación empieza su primera fase en el 1.º de enero de 1995, con integración total hacia el 1.º de julio de 1996, pendiente de sanción federal.
- Aplazando el mandato de cobertura por el empresario al 31 de marzo de 1997 para importantes y medianos empresarios y al 1.º de enero de 1998, para pequeñas empresas.
- Creando el puesto de Administrador del Plan de Salud de Oregón para coordinar la reforma del cuidado de la salud y solucionando temas que incluyen:
  1. Definir un paquete básico de beneficios y responsabilidades de empresarios, empleados y estado acerca del programa del mandato.
  2. Desarrollando otras maneras de conseguir acceso uni-

- versal como son el mandato individual, sistema de pago individual o ampliación de programas voluntarios.
3. Desarrollando un plan de opción individual para los oregonianos de bajo nivel económico, para trabajadores ocasionales y para los no totalmente empleados que, de otra manera, no podrían ser cubiertos por el Plan de salud de Oregón.
  4. Desarrollando una *tarjeta del consumidor* que le ayude a ejercer su opción entre otros planes de salud o proveedores.
  5. Recomendando maneras de incrementar la eficiencia y efectividad al proporcionar cuidado sanitario y contener los costos.

## **CÓMO FUNCIONA EL PLAN DE OREGÓN**

### **ACCESO UNIVERSAL**

Oregón incluye a todos dentro del sistema ofreciendo cobertura de seguro por medio de planes presentados a Medicaid por el empresario, y al fondo común de alto riesgo.

### **PAQUETE BÁSICO DE BENEFICIOS**

Oregón definió el paquete básico de beneficios en un proceso que contiene dos pasos.

El Gobernador nombró una Comisión de Servicios para la Salud de 11 miembros para que catalogasen por orden de rango servicios de la salud desde el menor al más importante para el total de la población. Cinco médicos, cuatro usuarios, un asistente social y un miembro de la enfermería de salud pública formaron parte de la Comisión.

**El público tomó parte en la definición del paquete básico.** Miles de oregonianos de todas las clases sociales invirtieron más de 25.000 horas de trabajo voluntario a ayudar el desarrollo del primer proceso público que tuvo lugar para la definición de un paquete *básico* de beneficios basados en la eficiencia clínica y valores sociales.

La Comisión revisó los resultados de los resultados médicos en existencia y consideró el testimonio de profesionales del cuidado de la salud. También tuvo asambleas y asistió a 47 reuniones comunitarias a través del estado para identificar cuáles eran los valores sociales que los oregonianos creían ser importantes para encauzar los gastos en el cuidado de la salud. (Véase «Proceso de prioridades» apéndice).

**El proceso de prioridad produce la lista de servicios médicos.** Desarrollaron un proceso de prioridades y en febrero de 1991, después de 18 meses de trabajo, produjeron una lista de 709 servicios médicos cuyo rango habían obtenido con una combinación de la eficiencia médica y valor para la sociedad.

Por ejemplo, *el trasplante de un órgano a cualquiera que lo necesite y la inmunización a miles de niños pueden ambos ser médicamente eficientes. Cuando se encuentra uno cuyos fondos no están previstos dentro de los límites del presupuesto, un proceso de prioridades puede demostrar que las inmunizaciones tienen mayor valor para la sociedad que los trasplantes individuales de órganos.*

**El proceso del presupuesto legislativo define el paquete básico de beneficios.** La legislación de Oregón utiliza la lista de prioridades para definir el Paquete de Beneficios Básicos Estándar de Medicaid, durante el próximo bienio para proveer, hasta cierto punto, servicios, destinados a la atención sanitaria.

**El proceso prevé responsabilidades.** Se prohíbe a los legisladores que alteren el contenido o cambien el orden establecido en la lista. Este proceso prevé responsabilidades clarificando qué programas están fundados a costa de otros programas.

En junio de 1991, los legisladores destinaron fondos adicionales a la expansión de la cobertura de Medicaid a otras 120.000 personas con bajos ingresos y a la cobertura de los servicios en la línea 587 de la lista.

**Se revisa la lista de prioridades y el paquete de beneficios.** En octubre de 1992, la comisión revisó su metodología y editó una nueva lista de prioridades para corregir la creencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de que la metodología original podía ir contra los derechos de los americanos protegidos por el Acta de Discapacidades (Disabilities Act). En marzo de 1993, redactaron de nuevo la lista para moderar aquellas preocupaciones.

**Paquete de beneficios de Medicaid fundado para 1993-95.** Para el bienio 1993-1995, el poder legislativo asignó fondos al Paquete de Beneficios Estándar de Medicaid para cubrir los 565 primeros puntos de la lista de 696 servicios. (Véase el apéndice «Paquete de Beneficios Estándar»). El estado pagará 65 millones de dólares por el costo de su proyectada expansión de 1993-1995 junto con una combinación del fondo general y el aumento de 10 centavos en el impuesto estatal por cada paquete de cigarrillos, que será equilibrado con fondos federales del Medicaid. El primer incremento de 5 centavos a partir de noviembre de 1993 y el segundo aumento de 5 centavos a partir de enero de 1994.

**La salud mental y la cobertura de fármacos puede ser ampliada.** Si el gobierno federal lo aprueba, Oregón ampliará los servicios de salud mental y de los de dependencia de fármacos cubiertos en el Paquete Estándar de Beneficios de Medicaid. La legislación de Oregón ha aceptado la lista que da prioridad a la salud mental, a la dependencia de fármacos y a los servicios de medicina física y ha fundado un paquete de beneficios que cubre 605 de los 745 servicios de la lista integrada. Estos servicios se ajustarán en el 1.º de enero de 1995, y se pondrán en vigor por todo el estado en el 1.º de julio de 1996. Los pacientes de Medicaid continuarán recibiendo estos servicios según el plan tradicional de Medicaid hasta la integración.

**Trabajo actual.** Los miembros de la comisión están encargados de poner al día la lista cada dos años a fin de poner de relieve los últimos resultados en la investigación médica y los valores sociales. Están ahora preparando la lista para que la legislación de 1995-... pueda tenerla en cuenta.

### **AMPLIACIÓN DE MEDICAID**

El programa tradicional de Medicaid de Oregón ofrece un programa de cuidado de la salud a 250.000 habitantes con ingresos limitados. No ofrece ningún cuidado a otros 120.000 pobres de Oregón porque no se ajustan a las categorías de eli-

gibilidad designadas por el congreso. O no son lo suficientemente pobres, o mujeres encintas, o no tienen familias con niños que dependen de ellos.

El Congreso también ordena que Medicaid corra tradicionalmente con los gastos de servicios ineficientes pero paga el costo de servicios de gran eficiencia aunque sean *opcionales*.

Por ejemplo: *la mamografía (un servicio opcional) disminuiría el número de muertes de cáncer de pecho (una enfermedad, cuyo tratamiento agresivo Medicaid paga después que una mujer ha sido diagnosticada).*

El gobierno federal ha renunciado a sus leyes y ha permitido la ampliación de la cobertura de Oregón a todos los pobres y el cambio de los beneficios que cubrimos.

El Plan de Salud de Oregón lleva a otros 120.000 pobres de Oregón bajo el cobijo de Medicaid y les otorga un cuidado eficiente y apropiado por medio del Paquete Estándar de beneficios. Basa la elegibilidad en la necesidad, cubriendo a todos con unos ingresos inferiores al nivel de pobreza federal (USA \$ 991 / al mes / para una familia de tres), y a mujeres encintas y niños con ingresos del 133 por ciento del nivel de pobreza. El gobierno federal paga el 63 por ciento del costo; Oregón paga el 37 por ciento.

**Los pacientes recibirán cuidado supervisado.** La mayoría de los pacientes de Medicaid estarán sujetos a planes de cuidado supervisado a fin de asegurar un cuidado de calidad y a la vez contener los costos. Donde el cuidado supervisado no sea posible, Medicaid pagará la remuneración a los médicos por sus servicios. Los pacientes de Medicaid escogerán un médico de atención primaria de la salud para que supervise su cuidado sanitario. Los pacientes deben obtener el permiso del médico de atención primaria para ir a un especialista o utilizar un hospital por razones que carecen de urgencia.

Los médicos participantes en esta atención serán re-embozados a precios razonables para que cubran sus gastos. Ello disminuirá el número de médicos que limitan al número de pacientes de Medicaid que pueden atender y excluirá el desplazamiento del costo producido cuando la remuneración que reciben de Medicaid es insuficiente.

**Administración.** La Oficina del Departamento de Recursos Humanos de los Programas de Asistencia Médica de Oregón actuará durante cinco años de demostración del nuevo programa de Medicaid. La Administración Federal encargada de las finanzas del Cuidado de la Salud controlará y supervisará el proyecto de demostración.

**Mayores y personas con discapacidades en Medicaid.** Durante las fases iniciales de la demostración del proyecto de Medicaid, los ciudadanos de Oregón mayores de 65 años, y los invidentes o con otras desventajas continuarán siendo tratados bajo el plan tradicional de Medicaid. La legislación de 1993 aprobó que se les concediera a ellos el Paquete de Beneficios Estándar desde el 1.º de enero de 1995. Todo ello depende de la sanción federal.

## CONGLOMERADO DE ALTO RIESGO

El conglomerado de seguros médicos alto riesgo de Oregón (*Oregón High-Risk Pool* —OMIP—) provee seguro a los oregonianos que no pueden obtener cobertura a causa de condiciones pre-existentes)?

Se convirtió en una agencia estatal en 1989 (SB534) y ofre-

ció cobertura en julio de 1990. El conglomerado provee cobertura a los que se les niegan seguros médicos, a aquellos cuyos obstáculos les restringen las pólizas en existencia, o a los que tienen que abonar cuotas muy por encima de las pólizas estándar. Entre los problemas que impiden beneficiarse de un seguro convencional se hallan las enfermedades de corazón, cáncer, diabetes y problemas respiratorios.

El conglomerado es mantenido a base de valoraciones llevadas a cabo por agentes de seguros y las pólizas son pagadas por los miembros. Las pólizas han sido establecidas a un 150 por ciento de los seguros estándar de las industrias de Oregón. Un participante medio, de 40 años paga 155 \$ por mes. Desde el 30 de marzo de 1993, la OMIP ha prestado sus servicios a 3.111 personas.

## SE ORDENA AL EMPRESARIO EL SEGURO DE LA SALUD

La puesta en práctica de la proposición de Medicaid y el conglomerado de Seguros Médicos de Oregón dejaría todavía a más de 300.000 personas sin seguro, la mayoría de ellos empleados o sus dependientes.

En 1989, la legislación decidió que los empresarios del estado deberían proveer seguro médico a todos los trabajadores permanentes y a sus dependientes, llenando la mayor parte del hueco que faltaba por cubrir. Se define al empleado *permanente* a aquél que trabaja por lo menos 17,5 horas por semana.

### «Jugar o pagar»

El plan recibe el nombre del sistema de «jugar o pagar». A no ser que cambie el sistema, un empresario de Oregón tendrá solamente dos opciones: *jugar* proveyendo un plan de seguro médico de conjunto, o *pagar* un impuesto de acuerdo con la lista de salarios. El impuesto se destinaría a un *Fondo Conglomerado de Seguro* que daría su subsidio a una fuente de seguros alternativa para los empleados y sus dependientes.

Se recomendarían estándares mínimos para ambas opciones a la Legislación por medio del Administrador del Plan de Salud de Oregón (nuevo puesto creado por la Legislación de 1993). La Ley de 1989 había especificado que las opciones del *pago* o del conglomerado de seguro estatal deberían ser «substancialmente semejantes» a la lista de prioridades del Medicaid. La legislación no era lo suficientemente clara acerca de los estándares mínimos para los empresarios que *juegan*. Los autores de la propuesta dicen que su intención era que los planes de todos los empresarios fueran substancialmente semejantes a los de Medicaid.

La ley de 1989 afirmaba con claridad que los empresarios que optasen por *pagar* el impuesto deberían costear el 75 por ciento de los costos del paquete de beneficios, y los empleados el otro 25 por ciento. El costo de la cobertura de los dependientes se dividiría en 50-50. No se especificaba lo que los empresarios deberían pagar si obtenían seguros comerciales. La ley de 1993 (SB530) solicita al Administrador del Plan de Salud de Oregón que recomiende la parte del costo que deben compartir en las dos opciones que se ordenan al empresario.

El mandato debía entrar en vigor en julio de 1995. La legislación de 1993 retardó su cumplimiento hasta el 31 de marzo de 1997, para aquellos que daban empleo a 26 o más; y al 1 de enero, para aquellos con 25 empleados o menos. La

legislatura pidió un estudio que recomendará la «mejor alternativa al mandato al empresario». La legislatura de 1995 decidirá si la alternativa es o no deseable.

### «Jugar o pagar» requiere una renuncia a ERISA

El mandato existente añadiría alrededor de 280.000 empleados y sus dependientes, pero propuestas que están bajo estudio del Administrador del Plan de Salud de Oregón podrían añadir más, como las que se refieren a empleados con menos de 17,5 horas por semana y los que trabajan en ciertas épocas del año. Para entrar en vigor, el mandato al empresario debe obtener una exención del Congreso del Acta Federal de Seguridad de los Ingresos por Retiro del Empleado (ERISA). La legislación de 1993 fijó también una fecha tope para la exención —si no se pide antes del 2 de enero de 1996, el mandato del empresario será *repudiado*. Existen otras dos condiciones que podrían impedir que el mandato del empresario surtiera efecto: 1) fracaso en cumplir el plan de Medicaid descrito más arriba, o 2) el ingreso voluntario de 150.000 empleados en programas de beneficios para la salud que no fueron previamente cubiertos en el 31 de octubre de 1993. La legislación vinculó la observancia al sistema de Medicaid porque quería un sistema consistente, casi universal, basado en las reformas de Medicaid.

## AYUDANDO A PEQUEÑOS EMPRESARIOS

Los pequeños empresarios encontraban sumamente difícil adquirir seguros para la salud. La legislación creó dos programas para ayudar a que pequeñas empresas pudieran alcanzar los fines del Plan de Salud de Oregón.

### Reforma del mercado de seguros

La ley de Reforma del Seguro del Pequeño Empresario de 1991 creó un plan convencional de seguros y un plan de organización del mantenimiento de la salud (HMO) que será accesible a todas las empresas que empleen de 3 a 25 personas. Cualquier compañía de seguros del mercado de Oregón con entre 3 y 25 debe ofrecer este plan «básico, y ningún empresario dentro de esta categoría puede ser rechazado. Una estimación aproximada indica que existen en Oregón 38.000 empresas de esta clase. Los beneficios del plan son «substancialmente semejantes» a los de la reforma de Medicaid. El plan *básico* del empresario modesto debe incluir beneficios de higiene mental, alcohol y dependencia de fármacos.

Además, el plan de «resultado garantizado» y todos los demás seguros tramitados en el mercado de «3 a 25» están sujetos a diversas reformas. La ley de 1991 enfocó problemas en el mercado público que impidieron que empresas limitadas obtuvieran grupos de pólizas al:

- Limitar la exclusión de beneficios debido a condiciones médicas preexistentes y al afirmar que el embarazo no puede ser considerado como una condición preexistente.
- Declarando ilegal la cancelación de pólizas, incluso para individuos que desarrollan condiciones de gran riesgo.
- Controlando los precios de las pólizas. Los precios deben estar dentro de un 33 por ciento del promedio establecido para determinada área geográfica.

El Director del Departamento de Seguros y Finanzas (ahora llamado el Departamento de Servicio al Consumidor y a las

Empresas) aprobó el plan básico y salió a la venta el 1.º de marzo de 1993. Los primeros archivos de las compañías de seguros indican que las pólizas tendrán un promedio de 100 dólares por persona, al mes.

### Programa de crédito sobre impuestos

La legislación de 1987 estableció la Junta de Gobierno del Conglomerado de Seguros (IPGB) como un programa de tributo de crédito sobre impuestos. La junta certifica planes de grupo, ofrecidos por cinco compañías de seguros. A fin de acogerse a ellos, los empresarios deben:

- Emplear a 25 trabajadores o menos.
- Abonar como mínimo 40 dólares al mes para cubrir la póliza de cada empleado permanente.
- No haber proporcionado un conjunto de seguros para la salud durante los dos años anteriores.

Las pólizas empiezan ordinariamente a 53,33 dólares al mes. Los empresarios que participan en ellas reciben un crédito de impuestos estatales (6,25 dólares por mes, en 1993) para cada empleado en sus listas. A los comienzos de 1994, el IPGB ajustará las pólizas según el componente médico del Índice de Precios del Consumidor Portland Oregón.

Los planes de esta Junta de Gobierno del Conglomerado han prestado sus servicios a más de 20.000 individuos desde abril de 1989 a junio de 1993.

## CONTENCIÓN DE COSTOS

El Plan de Salud de Oregón personifica unas medidas de contención del costo de importancia por medio de los componentes de sus programas. Se están desarrollando otras medidas.

**Acceso universal.** La ampliación del seguro de la salud a virtualmente todos los habitantes de Oregón disminuye el número de gente que busca actualmente medidas de urgencia, especialidades y cuidado hospitalario caros porque no podían conseguir un cuidado primario continuado en el despacho del médico.

**Valoración de servicios médicos y procedimientos.** El proceso de prioridades permite a Oregón sopesar la eficiencia y valía de los servicios médicos cubiertos en el paquete de beneficios. El proceso legislativo de destinar los fondos permite al estado pagar por cuidado eficiente y compensar el gasto público con programas que consoliden la salud.

**Énfasis en la prevención.** El paquete básico de beneficios promueve la salud y el bienestar poniendo el énfasis, en primer lugar, en el cuidado preventivo y en la rápida intervención y en no pagar por cuidado ineficiente e inapropiado.

**Modificando el suministro del cuidado médico —cuidado administrado—.** Insistir en el cuidado administrado da a los pacientes un médico de familia o enfermero para vigilar al paciente, incluyendo el control de la necesidad de una especialidad costosa y cuidado hospitalario. El cuidado administrado está ampliamente reconocido en el sector privado como un instrumento de contención de costos.

**Pautas de práctica médica.** El desarrollo continuo de pautas de práctica por la Asociación de Médicos de Oregón pue-

de disminuir la amplia variedad en que los médicos practican la medicina y ahorrar dinero gastado en cuidado innecesario.

## CUMPLIMIENTO

Oregón ha recibido una dispensación de la ley federal a fin de poder poner en práctica el *Programa de Demostración de Medicaid* empezando el 1.º de febrero de 1994. El *Paquete de Beneficios Estándar de Medicaid* para 1993-95 cubre 565 de los 696 beneficios en la lista. El estado pagará por su proyectado *costo de expansión* de 65 millones de dólares con una combinación del fondo general y un 10 por ciento de aumento de su impuesto, por cada paquete de cigarrillos, que debe ser igualado con fondos federales de Medicaid. El primer aumento del 5 por ciento en noviembre de 1993 y el segundo 5 por ciento de aumento en enero de 1994.

Pendiente de sanción federal, un margen más amplio de *higiene mental y servicios de dependencia de fármacos* será introducido por fases dentro del *Paquete Estándar de Beneficios* desde el 1.º de enero de 1995 hasta el 1.º de julio de 1996. *Los mayores y personas con desventajas que reciben la tradicional cobertura de Medicaid* se acogerán a este plan que está pendiente de sanción federal.

*Se requerirá a los grandes y medianos empresarios* que provean seguro a empleados y dependientes en el 31 de marzo de 1997; *los pequeños empresarios* en el 1.º de enero de 1998. El *conglomerado de alto riesgo* está ya funcionando. El *programa de crédito sobre impuestos* ha servido a más de 5.500 empresarios. Las *reformas en el mercado de seguros* han entrado en vigor y el *Plan de salud para el pequeño empresario* ya está en el mercado.

La *Comisión de Recursos para la Salud* ha desarrollado un plan inicial para la contención de costos y de tecnologías médicas. En octubre de 1993, se nombrará un *Administrador del Plan de Salud de Oregón* para coordinar la reforma del cuidado de la salud.

## APÉNDICE

### PROCESO DE PRIORIDAD

#### La Comisión establece prioridades en los servicios de la salud

Cuando los miembros de la comisión emprendieron el trabajo de pioneros para establecer prioridades en 1989, no había métodos establecidos para priorizar los servicios de salud. La investigación sobre *resultados médicos* —el fruto de un tratamiento particular a una condición médica particular— está en su infancia. Después de un período de más de dos meses, la comisión sometió a prueba varios métodos para determinar la eficiencia médica y el valor social de los resultados en lo que se refiere a la salud.

El proceso inicial de la Comisión, en mayo de 1991, clasificó 709 materias delineadas que contenían uno o más proyectos para la salud denominados pares de condiciones/tratamientos. A fin de ordenar los servicios de salud, utilizaron tres fuentes de información.

- *Información obtenida del público en una encuesta sobre el peso de diversas condiciones de salud, que se llevó a cabo por medio de llamadas telefónicas sin ningún orden especí-*

*fico; audiencias públicas y reuniones comunitarias a través de todo el estado* (véase la lista en el apartado siguiente).

- *Información obtenida de profesionales de la salud sobre las probabilidades de estas condiciones como resultado de un tratamiento o por no haberse tratado en absoluto.*
- *Un sistema de categoría del cuidado para combinarla con esta información.*

Dos notas de importancia:

- *Toda persona recibe los servicios necesarios para un diagnóstico según el Plan de Salud de Oregón.*
- *Cada servicio de la salud en la lista incluye la asistencia suplementaria que se necesita para el éxito del tratamiento como son el cuidado hospitalario, las recetas de fármacos, equipo médico y accesorios.*

### 5La Comisión reordena la lista

En octubre de 1992, la Comisión revisó su metodología y presentó una nueva lista de prioridades para enderezar la convicción del Departamento de Sanidad de los Estados Unidos (DHHS) que creía que la metodología original y la lista podrían violar la *Americans with Disabilities Act* (Acta de Americanos con Desventajas) (ADA).

La Comisión adoptó cuatro pasos:

1. *Descartó los datos obtenidos por medio de la encuesta telefónica y las referencias sobre «calidad de vida» utilizados en el proceso anterior de formar decisiones y en la clasificación de mayo de 1991.*
2. *Utilizó de nuevo la eficiencia médica en evitar la muerte para priorizar la nueva lista.*
3. *De dos tratamientos de la misma medida con la misma eficiencia, el de menos costo tiene prioridad en la lista.*
4. *En cuanto a valores sociales, los oregonianos expresaron desde 1989 su importancia tanto en sus discusiones públicas como en sus reuniones comunitarias por todo el estado.*

Se revisó la lista de nuevo en marzo de 1993 para insistir en aquellas preocupaciones y la Administración de Clinton aprobó la metodología.

### Valores sociales de los oregonianos

En audiencias públicas y reuniones comunitarias en todo el estado mantenidas desde 1989, los oregonianos dijeron que querían:

- Madres e hijos con salud.
- Cuidado con bienestar (p. e., medicación contra el dolor y *hospice* para los enfermos terminales).
- Servicios de planificación familiar.
- Servicios generales preventivos para adultos y menores.
- Prioridad de la prevención sobre el tratamiento de enfermedades.
- Mayor prioridad al tratamiento de las enfermedades contagiosas.

Los oregonianos consideran menos importante lo siguiente:

- Tratamientos de enfermedades que mejoran por sí mismas.
- Servicios cosméticos.
- Servicios experimentales.

Por consiguiente la lista y el paquete básico de beneficios de Oregón dan la preferencia a tratamientos que evitan el desarrollo de enfermedades, futuras complicaciones y costos médicos adicionales.

## PAQUETE ESTÁNDAR DE BENEFICIOS

### El paquete estándar de beneficios para Medicaid

- Cubre las mayores enfermedades que los niños contraen.
- Cubre las mayores enfermedades que afectan a las mujeres, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Cubre todas las recetas de Medicaid, incluyendo todos los servicios de prevención y criba.
- *Aventaja a Medicaid incluyendo un número de importantes servicios no requeridos habitualmente:* servicios dentales; cuidados tipo hospice; recetas de fármacos; la mayoría de trasplantes; terapia física y ocupacional; servicios de diagnósticos y criba para adultos como son exámenes físicos corrientes y mamografías.
- *Aventaja a Medicaid proveyendo hospitalización ilimitada médicamente necesaria* para cualquier tratamiento que esté cubierto.
- *Asegura a cualquier usuario de Medicaid y a sus hijos un cuidado médico continuado* incluso si aquella persona obtiene una colocación, un aumento nominal o adquiere un coche.

Incluye los siguientes servicios primarios y preventivos:

- Exámenes médicos en orden al diagnóstico.
- Cuidado maternal.
- Cuidado neonatal.
- Cuidados paliativos.
- Inmunización.
- Exámenes pediátricos.
- Cuidados preventivos odontológicos.
- Exámenes médicos físicos de rutina.

Incluye los tratamientos para enfermedades del tipo de:

- Pulmonía.
- Apendicitis.
- Fractura de huesos.
- Quemaduras.
- Heridas en la cabeza.
- Fiebre reumática.
- Asma.
- Diabetes.
- Epilepsia.
- Cánceres como de pecho, piel, estómago y otros de los que se pueden tratar.
- Dolor de pecho debido a enfermedad del corazón.
- Úlceras.
- Litiasis renales.
- Trasplante de médula por leucemia.
- Glaucoma.
- Infecciones de oído.
- Trasplantes excepto por cáncer de hígado.
- Deformidades de la columna.
- Arreglos en los hombros.
- Bypass de corazón.

- Tratamiento de AZT y de infecciones oportunistas de la HIV.

Los pacientes recibirán los servicios complementarios, necesarios para su tratamiento, con éxito, de aquellos pares de condiciones que están cubiertas como son el cuidado hospitalario, recetas de fármacos, y equipo médico y abastecimientos.

### El paquete estándar de beneficio para Medicaid no paga por los tratamientos que siguen

*Condiciones que mejoran por sí mismas* incluyendo:

- Mareos.
- Mononucleosis infecciosa.
- Hepatitis viral.
- Infección viral de la garganta.
- Quiste benigno en el ojo.
- Verrugas no vaginales.
- Resfriado corriente.
- Pequeño golpe en la cabeza.

*Condiciones en las que un tratamiento en «casa» es eficiente,* como aplicación de una pomada, descansando una articulación dolorida; beber mucho fluido, dieta suave. Las condiciones incluyen:

- Irritación no-fungal del pañal.
- Indisposición por alimentación tóxica.
- Heridas con llagas.
- Orzuelos.
- Urticaria.
- Magulladuras.

*Condiciones en las que el tratamiento no es generalmente eficiente o es inútil* incluyendo:

- Cirugía por dolor de tejidos blandos lumbosacros.
- Cirugía del TMJ (articulación tempo mandibular).
- Trasplantes por fallos simultáneos de riñón/hígado.
- Numerosos quistes en los pulmones de un neonato\*.
- Tratamiento médico agresivo contra cánceres ampliamente esparcidos\*.

*Condiciones cosméticas,* como:

- Inflamación de glándulas por exceso de fluido.
- Tumores de piel benignos.
- Bocio no-tóxico - inflamación.
- Suprimir cicatrices.

*El paquete de beneficios para negocios limitados fue designado para que fuera substancialmente semejante al paquete de beneficios de Medicaid.*

\* Se provee tratamiento de bienestar por estas condiciones (e.g., atención al dolor y cuidados paliativos).

# CUIDANDO AL INFRA-ASEGURADO Y AL NO ASEGURADO.

## ¿ES JUSTO EL PLAN DE RACIONAMIENTO DE OREGÓN?\*

Norman Daniels, Ph.D.

*La ORDEN-LEY DE OREGÓN sobre Servicios Médicos Básicos (The Oregon Basic Health Services Act) exige acceso universal al cuidado básico, pero incluye racionamiento de los servicios a los beneficiarios de Medicaid. Sin una ampliación de fondos el plan puede ser perjudicial para estos últimos; con todo, el plan atenúa la desigualdad entre pobres y el resto de la sociedad. Si los recursos aumentan y se otorga a los beneficios un número de prioridad, es probable que nadie salga perdiendo; aun en el caso de que disminuya la desigualdad, las reformas alternativas pueden aminorarla todavía más. De la prioridad que se otorgue al bienestar del pobre, que creemos de justicia, dependerá un justo resultado; también dependerá de los criterios políticos sobre la viabilidad de las estrategias alternativas para el logro de reformas más equitativas. Oregón lleva a cabo un racionamiento público y explícito, como se requiere por justicia, pero no se aprecia con claridad cómo los valores de la comunidad influyen la priorización de los servicios; en última instancia, el proceso de racionamiento es justo, sólo si se puede confiar en el poder del voto de los pobres.*

### LA EXCLUSIÓN DEL PUEBLO EN OPPOSICIÓN A LA EXCLUSIÓN DE SERVICIOS

En 1987, Oregón atrajo la atención nacional con la suspensión del subsidio para trasplantes de tejidos blandos. Los oficiales justificaron la medida alegando la presencia de maneras más eficaces de consumir los escasos dólares del público que el brindar beneficios de alto costo a relativamente poca gente. Insistieron que el presupuesto de 1,1 millones de dólares destinados a estos trasplantes durante 1987, salvaría más vidas por dólar si se invirtieran en el cuidado maternal prenatal<sup>1</sup>. Antes de volver la espalda despiadadamente a infantes necesitados de trasplantes, el estado ejercía una *opción trágica* entre dos ejemplos de racionamiento con posibilidad de pago. Las consecuencias de ignorar a mujeres embarazadas *invisibles* que no pueden permitirse el cuidado maternal prenatal son peores que las que siguen de rehusar el subsidio a infantes muy visibles que necesitan trasplantes.

\* DANIELS, N.: *Rationing Plan Fair?* JAMA, may 1, 1991, vol. 265, n.º 17.

1. GOLENSKI, J.: *A Report on the Oregon Medicaid Priority Setting Project*. Berkeley, Calif: Bioethics Consultation Group; 1990.

El Oregon Basic Health Services Act une audazmente el racionamiento de servicios sanitarios con el plan de mejorar el acceso a los mismos<sup>2</sup>. Extiende la opción a Medicaid al 100 % de todos los individuos dentro del nivel de pobreza federal, crea un Oregon Health Services Commission (OHSC) cuyo fin es definir las prioridades entre servicios sanitarios, requiere un corte en los servicios de baja prioridad antes que excluir a gente de cobertura cuando la reducción de gastos fuera necesaria; decreta un fondo común para seguros de gran riesgo, y ordena a los empresarios que proporcionen seguro sanitario o que contribuyan a un fondo común de seguro estatal.

Oregón debe obtener una renuncia de un derecho federal para efectuar los cambios en el Medicaid.

Oregón rechaza explícitamente la estrategia del racionamiento que predomina en los Estados Unidos: nuestro sistema de racionamiento excluye categorías enteras de pobres y de casi pobres del acceso al seguro público, con mayor limitación de cobertura a la *gente* que a *servicios* de baja prioridad. Como contraste, el plan de Oregón incorpora los siguientes principios:

1. Hay una obligación social de garantizar el acceso a un nivel básico de cuidado sanitario.
2. Limitaciones necesarias y razonables en los recursos implican que no todo servicio benéfico puede ser incluido en el *nivel básico* del cuidado sanitario.
3. Se requiere un debate público que lleve consigo la consideración de valores sociales para determinar qué servicios quedarán incluidos en el nivel básico del cuidado sanitario<sup>1, 3</sup>.

Aunque estos principios no componen una lista completa de lo que es de justicia en el cuidado sanitario, poseen una considerable plausibilidad, atraen el favor del trabajo teórico sobre la justicia y el cuidado sanitario, y gozan, en diversos grados, de amplia credibilidad entre la población de los Estados Unidos<sup>4</sup>. Sin embargo, estos principios permiten que se racione el cuidado médico sólo de los pobres, con serias implicaciones en lo que se refiere a la igualdad. Por ello, los críticos atacan el plan de Oregón como la causa de que los po-

2. Senate Bills 27, 534, 935, 65th Oregon Legislative Assembly; 1989 regular sess.

3. KITZHABER, J.: *The Oregon Basic Health Services Act*. Salem, Ore: Office of the Senate President; 1990.

4. BLENDOS, R. J., LEITMAN, R. MORRISON, I. y DONELAN, K.: *Satisfaction with health systems in ten nations*. *Health Aff.* Summer 1990: 185-192.

bres, específicamente a las mujeres y niños *llevan la carga* del suministro de acceso universal<sup>5</sup>.

Para valorar este criticismo debemos hacer tres preguntas:

1. ¿Mejora o empeora el plan la situación de los pobres?
2. ¿Pueden justificarse las desigualdades que el plan acepta?
3. ¿Es el proceso de determinación del nivel básico del cuidado sanitario justo?

Estas preguntas originan problemas de justicia distributiva que van más allá de los principios latentes bajo la legislación de Oregón.

### ¿QUÉ HACE EL PLAN DE OREGÓN EN FAVOR DE LOS GRUPOS MÁS DESFAVORECIDOS?

Los críticos del plan de Oregón apelan a intereses ampliamente aceptados como igualitarios cuando arguyen que el plan contribuye a que los pobres carguen con el peso del esfuerzo de superar las diferencias de cobertura sanitaria. El sentido más enérgico de «cargar con el peso» es «se encuentran peor». ¿Empeora el plan, como afirman los críticos, la situación de los pobres en vez de darles prioridad para que mejoren su bienestar?<sup>6, 7</sup>.

Consideremos primero el caso más sencillo, un juego cuya suma es cero con recursos. Por ejemplo, si los trasplantes extrarrenales se eliminan de la cobertura, y no se añaden servicios de mayor prioridad, que tampoco existían en el plan, los beneficiarios actuales de Medicaid perderán algunos servicios junto con los beneficios que éstos producían. Sin duda se quejarán: «Cargamos con el peso del plan. Puesto que somos el grupo más indigente, o próximo a éste, no deberíamos vernos obligados a renunciar a los servicios médicos necesarios para salvar la vida o son de importancia para que los actualmente no asegurados obtengan el cuidado básico de la salud».

Es importante comprender la fuerza moral de esta protesta. Advertan que el *agregado* estado de la salud de todos los pobres, incluyendo los actuales beneficiarios de Medicaid y de los que no poseen seguro alguno, puede mejorar con este plan, aun cuando los actuales beneficiarios de Medicaid salgan perjudicados. La pérdida de servicios de importancia de los beneficiarios actuales está más que compensada por los beneficios a los no asegurados. El resultado de este plan es la disminución del total de la desigualdad entre pobres y el resto de la sociedad, aun cuando obre en perjuicio de los actuales beneficiarios de Medicaid. Por consiguiente, la crítica de que el plan establece desigualdades en la sociedad no es válida; en su lugar, podría afirmarse que todavía es posible una mayor disminución de las desigualdades si son otros los grupos que se sacrifican en lugar de los beneficiarios de Medicaid. No es honesto que los beneficiarios actuales de Medicaid lleven la carga que otros grupos podrían llevar más cómodamente, especialmente cuando la desigualdad en este caso podría ser aún más aminorada.

5. *An Analysis of the Impact of the Oregon Medicaid Reduction Waiver Proposal on Women and Children*. Washington, DC: Children's Defense Fund; 1990: 1-7.

6. DANIELS, N.: *Just Health Care*. New York, NY: Cambridge University Press; 1985.

7. RAWLS, J.: *A Theory of Justice*. Cambridge, Mass; Harvard University Press; 1971.

¿Cuán rigurosa es la prioridad que se debe otorgar a los grupos más pobres, cuando buscamos mejorar el bienestar del agregado? Tres son las posibilidades:

1. Ayudar a los pobres en todo lo que sea posible (*prioridad estricta*).
2. Cerciorarse de que los pobres obtengan algún beneficio (*prioridad modificada*).
3. Permitir solamente detrimentos de menor importancia como compensación por las ganancias de importancia de otros que no están económicamente bien (*prioridad endeble*).

Los críticos del plan de Oregón insisten en que no deberíamos conformarnos con una prioridad endeble, especialmente cuando hay otras alternativas posibles para ayudar más a los pobres. El plan de Oregón deja el conjunto del sistema de cuidado de la salud intacto. Al eliminar las faltas de eficiencia que contiene, e.g., estableciendo esquemas de seguros públicos con pocos gastos generales (como en Canadá), o desarrollando tratamientos de protocolo que eliminen servicios innecesarios, se podría evitar el deterioro de los actuales beneficiarios de Medicaid. Como alternativa, ampliando el racionamiento a toda la sociedad, como en Canadá y Gran Bretaña, podríamos evitar las críticas de que sólo los pobres se ven obligados a llevar el peso de facilitar el acceso.

Sin embargo, los defensores del plan de Oregón tienen como meta un caso mucho más complejo que el juego de los servicios cuya suma es un cero, esperando añadir nuevos servicios o nuevas fuentes de recursos<sup>1, 3, 8</sup>. Supóngase, por ejemplo, que el plan dispone de servicios de «alta prioridad», de los que corrientemente no se dispone de modo adecuado, como son el cuidado maternal prenatal, la higiene mental, y los servicios de dependencia química, mientras los servicios de *baja prioridad* e.g., trasplante de tejidos blandos, carecen de fondo monetario. En este caso, los actuales beneficiarios de Medicaid obtendrán un resultado *mayor* que el que se espera de los beneficios repasados. Puesto que los que actualmente carecen de todo seguro estarán también mejor, y nadie ha empeorado (excepto la subida de los impuestos), estamos ante lo que los economistas llaman un resultado *pareto superior*. Como es natural, estos beneficiarios particulares de Medicaid, que necesitan los servicios recientemente racionados estarán peor, pero es razonable juzgar los efectos del sistema *ex ante*, y los pobres como conjunto estarán mejor a pesar de la pérdida ocasionada a algunos individuos que puedan necesitar trasplantes de tejidos blandos.

Así pues, con las revisiones necesarias, los pobres estarán mejor que ahora. Sin embargo, los beneficiarios actuales de Medicaid pueden objetar: «Octuvimos más en cuanto salud, renunciando a servicios sanitarios a favor de otros grupos que gozan de mejor posición que gozamos nosotros; en este sentido nosotros *llevamos la carga* del plan de Oregón. Los pobres mejorarían aún más si los grupos en mejor posición económica contribuyeran más». La queja es sobre desigualdad social que podría ser disminuida en mayor beneficio de los pobres.

Una explicación de esta protesta recurre en interpretaciones a largo plazo: el plan de Oregón mejora a los pobres a corto plazo, pero les empeora si se compara con lo que a la larga habrían obtenido, de haberse introducido un esquema nacional de seguro sanitario. Esta aserción depende de presu-

8. *Preliminary Report*. Salem: Oregon Health Services Commission; 1990.

posiciones de cariz político particular sobre la probabilidad de cambios de situación para reforma. Como respuesta, algunos de los defensores perciben la legislación actual de Oregón como el primer paso hacia una ascendente reforma total; en última instancia el estado se convertiría en la mayor fuente de seguros y en el más poderoso comprador substituyendo con su plan de seguro básico a muchos planes privados como también a Medicare y el cuidado a largo plazo de Medicaid (Senador John Kitzhaber, comunicación verbal), enero 1991. Así pues, el debate se enfoca a medios de reforma sanitaria, no a sus fines; si hay desacuerdo, éste es el producto de complejos juicios políticos y no de juicios morales.

Una segunda queja sobre la desigualdad que se pretende aminorar proviene de la acusación del *Children's Defense Fund* que afirma que el plan de Oregón *exime* a la gente mayor, que son beneficiarios de Medicaid, de la priorización de los servicios<sup>9</sup>. Las mujeres pobres y los niños, quienes constituyen el 75 % de los beneficiarios de Medicaid, reciben sólo el 30 % de los beneficios en dólares. La mayor parte del resto se destina a la gente mayor que ha *derrochado* sus recursos para poder ser aceptados a cuidados de largo plazo, pero estos servicios — como todo cuidado agudo a mayores cubiertos por Medicare — no están incluidos en el proceso de priorización o racionamiento. Al no establecer prioridades entre los servicios de cuidado sanitario para gente mayor, y financiar la ampliación de la cobertura de Medicaid, instituyendo primariamente el racionamiento a mujeres y niños, el plan parece sugerir que cualquier uso de servicios sanitarios a largo plazo por gente mayor reviste más importancia que los servicios médicos a corto tiempo para jóvenes. A simple vista esto sería una clasificación irracional. Si no supiéramos la edad que tenemos y tuviéramos que distribuir los suministros para toda nuestra vida, teniendo presentes todas las necesidades en cada período, no creeríamos prudente esta priorización<sup>9</sup>. Un plan racional de racionamiento tendría en cuenta la importancia de todos los servicios sanitarios, cuidado médico a corto y largo plazo, en cada uno de los períodos de la vida individual. Para evitar lo que parece discriminación por la edad, el racionamiento debería incluir los grupos de todas las edades. Como respuesta, como ya se indicó, los defensores del plan de Oregón tienen la intención de ampliar el plan para cubrir a Medicare y el cuidado a largo plazo de Medicaid.

Los que abogan a favor del plan de Oregón arguyen que ingresos adicionales, que a su vez disminuyeran la desigualdad, serían más fáciles de obtener, cuando la legislación se halle visiblemente obligada a cortar servicios benéficos y no pueda disfrazar el racionamiento al incrementar el número de condiciones para ser beneficiario de Medicaid. Este criterio político no tiene en cuenta la evidencia de los años 1980, cuando varios estados, y el gobierno federal, suprimieron importantes servicios para los pobres, incluidos el cuidado maternal prenatal y el Programa de Mujeres, Infantes y Niños para la distribución local de alimentación suplementaria a mujeres embarazadas y servicios de higiene mental. El racionamiento explícito a los pobres no inquietó suficientemente a políticos ni a contribuyentes para motivarlos a suprimir las restricciones.

Brevemente, no nos es posible dar una respuesta a la pregunta base sobre el empeoramiento con que se enfrentarán,

9. DANIELS, N.: *Am I My Parents' Keeper? An Essay on Justice Between the Young and the Old*. New York, NY: Oxford University Press Inc: 1988.

los que se hallan en peor situación económica, con la legislación actual, hasta que se nos diga lo que van a conseguir, es decir, hasta que la OHSC valore el rango del paquete de beneficios de Medicaid, sea éste financiado por la legislación, y sea aprobado por el *Department of Health and Human Services*, más tarde en 1991. Si los beneficiarios actuales de Medicaid salen perjudicados, esto será una objeción seria — aunque no necesariamente fatal — contra el plan de Oregón. Si mantenemos solamente una versión débil del requisito de prioridad a los más pobres, podríamos creer que el plan es aceptable, aun cuando algunos entre éstos llevan el peso de la disminución del total de desigualdad. En cualquier caso, los planificadores de Oregón esperan que el racionamiento producirá un resultado en el que todos los pobres estarán mejor que ahora. Los criterios políticos difieren sobre la probabilidad de este esperado resultado.

### ¿SE PUEDEN JUSTIFICAR LAS DESIGUALDADES QUE EL PLAN DE OREGÓN ACEPTA?

Al racionar a los pobres los servicios de baja prioridad, más que excluir del seguro grupos enteros de pobres o de casi pobres, el Plan de Oregón disminuye la desigualdad en nuestra sociedad, aun cuando los beneficiarios actuales de Medicaid estarán, hasta cierto punto, peor que ahora. Es hasta cierto punto paradójico que, incluso en una situación en la que nadie está peor que ahora, todavía queda la sensación de que es el pobre quien lleva el peso del plan, ya que éste acepta como política oficial una desigualdad que en el sistema sanitario no se puede justificar.

Para entender este punto, se pueden poner en contraste la clase de desigualdad que el plan de Oregón acepta y la clase de desigualdad en el arduo racionado sistema británico<sup>10</sup>. Aun cuando cerca del 10 % del público británico tiene cobertura en seguros privados, a fin de obtener servicios que están racionados, la inmensa mayoría se conforma con las consecuencias del racionamiento. Esto engendra una estructura de desigualdad más aceptable que la que se engendraría si el 20 % del último eslabón de la población de Oregón no tuviera acceso a algunos servicios que están a disposición de la gran mayoría.

Para comprobar que una desigualdad estructurada parece peor que la otra, reflexionemos cómo se sentirían los pobres bajo ambas. En el plan de Oregón, los pobres pueden quejarse de que la sociedad como una unidad se contenta no sólo con dejarles destituidos económicamente, sino también con denegarles los servicios sanitarios que protegerían el número de oportunidades a las que tienen acceso<sup>11</sup>. He aquí un motivo razonable para lamentos y resentimientos, pues la sociedad como unidad parece gozar desterrando a los pobres fuera de la corriente de oportunidades que les están abiertas. Ellos pueden sentir, con razón, que la mayoría está demasiado inclinada en dejarles abandonados bajo condiciones cuyos beneficios de la cooperación social no reflejan su categoría moral como agentes libres e iguales<sup>12, 13</sup>. Alternativamente, si el

10. AARON, H. J. y SCHWARTZ, W. B.: *The Painful Prescription: Rationing Health Care*. Washington, DC: The Brookings Institution; 1984.

11. TEMKIN, L.: *Inequality*. *Philosophy Public Aff.* 1986; 15: 99-121.

12. COHEN, J.: *Democratic equality*. *Ethics*, 1989; 99: 727-751.

13. SCANLON, T. M.: *Contractualism and utilitarianism*. In: SEN, A. K. y WILLIAMS, B. eds. *Utilitarianism and Beyond*. New York, NY: Cambridge University Press; 1982: 103-128.

cuidado sanitario protege más o menos la misma oportunidad para todos, excepto en los casos en que un grupo más aventajado tiene ventajas extraordinarias, esto ha de parecer poco honesto, pero ningún grupo queda destinado a desventajas especiales consideradas *aceptables* por la mayoría económica y medicamente privilegiada. Por consiguiente, ningún grupo tendría una base para resentimientos profundos y graves como los tienen los pobres sujetos al plan de Oregón, a pesar de su mejoría en relación con la situación actual.

Así pues, si los pobres en el plan de Oregón están mejor que ahora, el plan todavía tolera una desigualdad idealmente injusta. Es más justo —quizá, mucho más— que lo que ocurre de momento, pero no es lo que pide la justicia. ¿Significa esto que no debería ponerse en práctica? La respuesta parece depender de criterios políticos sobre la viabilidad de alternativas. Si no cree que un plan uniforme, universal, como el de Canadá, es una imposibilidad política en los Estados Unidos, o si uno piensa que la introducción del plan de Oregón hace más plausible una reforma encaminada en la dirección de un plan uniforme, entonces al plan de Oregón, aunque no justo idealmente, parece razonable. Pero si uno cree que la introducción de la reforma de Oregón hace menos plausible una reforma radical del sistema, se podría preferir no introducir un modesta mejoría de la justicia del sistema para con ello facilitar un mejoramiento de mayor importancia, más tarde.

### ¿ES EL PROCESO PÚBLICO PARA DECIDIR LO QUE SIGNIFICA CUIDADO BÁSICO HONESTO?

El plan de Oregón implica racionamiento público, explícito; desaprueba el racionamiento furtivo introducido por las maquinaciones ocultas de un mercado, o enterrado bajo las sigilosas decisiones profesionales de los proveedores. Sus resoluciones sobre el racionamiento son el resultado de un proceso de doble paso que atañe a dos cuerpos separados, públicamente responsables.

**Primer (paso 1)**, OHSC, cuya obligación es tener en cuenta *valores comunitarios*, determinar prioridades entre los servicios en un conjunto de posibles beneficios.

**Segundo (paso 2)**, la legislación decide lo que se ha de gastar en Medicaid, supuestas las demandas que rivalizan en los fondos del estado. Algunos servicios de baja prioridad pueden, por esta razón, no quedar cubiertos, con todo el paquete sobrante de beneficios de Medicaid todavía debe ser aprobado por el *Department of Health and Human Services*. La valoración de la equidad del proceso de racionamiento requiere el examen de ambos pasos.

La insistencia de Oregón en la publicidad es motivo de controversia. Calabresi y Bobbit<sup>14</sup> arguyen que es mejor hacer *opciones trágicas* lejos de la mirada del público para preservar valores simbólicos importantes, como es la santidad de la vida. Sin embargo, a pesar de la importancia de estos símbolos la justicia requiere publicidad. Los que se consideran a sí mismos agentes libres e igualmente morales deben tener a su disposición las bases de todas las decisiones que afectan de manera fundamental sus vidas, como son las decisiones sobre racionamiento. Sólo con publicidad pueden solucionarse las discusiones sobre la conformidad de decisiones a princi-

pios de justicia más básicos que constituyen el pedestal que se acepta para su cooperación social<sup>15</sup>.

En realidad, yendo más allá de una preocupación por la publicidad, Oregón pide una participación amplia en el desarrollo de prioridades. La participación del público es deseable, pues puede dar como resultado un acuerdo sobre la manera de resolver, de modo honesto, discusiones entre ganadores y perdedores. También ayuda más a la probabilidad de que los resultados sean un reflejo del consentimiento de los que sufrirán los efectos y, puesto que quizás no hay una única manera honesta y justa de efectuar el racionamiento de servicios, la participación permite que los valores que la comunidad comparte den cierta forma al resultado. ¿Es el proceso de participación pública equitativo de por sí, y produce en verdad un efecto real en los resultados?

La OHSC mantuvo asambleas de cara al público sobre servicios sanitarios y pidió a *Oregón Health Decisions* que convocara reuniones de comunidad por todo el estado «a fin de llegar a un consenso sobre los valores que debían considerarse para encauzar las decisiones sobre distribución de recursos sanitarios»<sup>16</sup>. En el curso de las cuarenta y siete reuniones que tuvieron lugar, a los comienzos del año 1990, se pidió a los ciudadanos que clasificaran en orden de importancia las diversas categorías de tratamientos y se les preguntó: ¿Por qué razón son los servicios sanitarios *importantes para nosotros*? De estas discusiones salió una lista sin clasificar de trece *valores*. Se archivaron los resultados que demostraban cuantas veces cada uno de los valores se había discutido, pero, con aquella base, no nos es posible establecer el orden en importancia de los valores.

Una crítica frecuente sobre el modo de proceder de cada reunión comunitaria es que no representaba adecuadamente los habitantes de Oregón. Alrededor del 50 % eran profesionales sanitarios; demasiados entre ellos tenían educación universitaria, eran blancos, y relativamente acomodados. Además, mientras el 16 % de los habitantes de Oregón no poseen ningún seguro, sólo el 9,4 % de los participantes en las reuniones no estaban asegurados, y los beneficiarios de Medicaid, únicos representantes directos de los niños pobres, tenían una baja participación de menos del 50 %<sup>5, 16</sup>. Incluso, aun cuando no hubo evidencia de prejuicios durante las reuniones, el proceso puede todavía ser acusado de que fueron los *que tienen* quienes decidieron lo que es *importante* para los *que no tienen*. La denuncia tiene dos partes. La composición de la reunión no sólo no representaba los intereses de los que sufrirán los efectos, pero la tarea asignada a la reunión presupone que el racionamiento producirá primariamente un impacto en una minoría que estaba infrarrepresentada.

Es difícil valorar la importancia de cada acusación de prejuicio, pues no podemos de ningún modo comparar el resultado con una alternativa sin prejuicios. Sin embargo, las sospechas sobre los efectos del prejuicio en la composición disminuirían si la labor no contuviera de por sí prejuicios, es decir, si el plan de Oregón abogara por el racionamiento de los servicios para la inmensa mayoría en vez de afectar a los pobres. Nos preocupa menos quien formula una decisión si ésta tiene el mismo impacto en todos, incluso en los que la toman.

15. RAWLS, J.: *Kantian constructivism in moral theory: the Dewey Lectures*. J. Phil. 1980; 77: 515-572.

16. HASNAIN, R. y GARLAND, M.: *Health Care in Common: Report of the Oregon Health Decisions Community Meetings Process*. Portland: Oregon Health Decisions; 1990.

14. CALABRESI, G. BOBBIT, P.: *Tragic Choices*. New York, NY: WW Norton & Co Inc; 1978.

La acusación de prejuicio tiene importancia solamente si las reuniones ejercen su influencia real en la clasificación de los servicios (de otra manera sería como decorar un escaparate). Sin embargo, contra, lo que el público y los medios de comunicación entienden, las reuniones comunitarias no engendran una clasificación de servicios por orden de rango, sino sólo una lista general de valores comunitarios. Más aún, la lista de valores no se puede usar de modo directo para determinar las prioridades entre los servicios sanitarios. Algunos de los valores son en realidad categorías de servicios, e.g., higiene mental y dependencia química, o prevención. Otros valores, como la equidad (garantizando el acceso a todos) o el respeto a la opción personal, son cosas que deseamos del sistema en conjunto, no servicios individuales. Y los valores de relevancia en la elaboración de la clasificación, como calidad de vida o eficacia del costo o habilidad para el funcionamiento, no son objeto de clasificación.

La OHSC es consciente de esta limitación y considera la lista de valores sólo como una *inspección cualitativa* sobre el proceso de clasificación de los servicios (Paige, Sipes-Metzler, comunicaciones personales, junio y julio 1990). Por consiguiente, cree que se tiene suficientemente en cuenta la preocupación de la comunidad por la equidad puesto que el sistema garantiza el acceso universal al cuidado básico. Lo mismo se diga de las preocupaciones comunitarias por la higiene mental y la dependencia química, o prevención, al asegurar que esta clase de servicios está incluida en el proceso de clasificación. Aun cuando no se asignaron medidas a valores como calidad de vida, eficacia del costo, éstos van incluidos como factores en el proceso formal de clasificación. Sin embargo, la única intervención directa de la comunidad en la primera tentativa de clasificación de servicios, fue por una encuesta por teléfono, cuyo fin era hallar cómo los habitantes de Oregón clasificaban los resultados sanitarios individuales que ejercen efectos en la calidad de vida. Combinando esta información con los juicios de los expertos sobre probables resultados conseguidos con el uso de procedimientos particulares para el tratamiento de ciertas condiciones, así como con información sobre el costo del tratamiento de la población con estos procedimientos, la OHSC preparó un rango preliminar de servicios sobre costo-beneficio. Puesto que esta clasificación recibió una extensa crítica (*New York Times*, June 9, 1990; sect A:17) y falló en sus propias esperanzas sobre prioridades, la OHSC modificó su modo de proceder en la clasificación del rango de los servicios. Como resultado los mismos miembros de la comisión de la OHSC establecieron el rango de las categorías generales de servicios de acuerdo con su importancia para el individuo, para la sociedad y para el plan de sanidad y ajustó otras materias<sup>17</sup>. Queda poco claro cómo este proceso refleja los valores comunitarios, y hasta que no sepamos el modo como los rangos finales fueron ajustados, no podemos saber cuál es la influencia que la participación del público pudo ejercer.

El proceso de racionamiento lleva consigo dos decisiones, no una. Supóngase que en el primer paso tenemos un modo de proceder bueno con un resultado perfecto. La clasificación de los servicios por orden de rango ha conseguido hechos relevantes sobre costos y beneficios y presenta de modo satisfactorio los valores de la comunidad. Desafortunadamente, la claridad del paso 1 no garantiza la misma en el paso 2, por

que en un proceso político en el que generalmente están insuficientemente representados se niega el poder del voto de los pobres, a juzgar por ejemplos de votaciones y resultados del pasado. Por lo tanto aunque se consiga un consenso en el paso 1 sobre lo que debería ser el primer conjunto (paquete), puede que haya preocupación con buen fundamento de que la legislación no otorgará los fondos. Ciertamente la situación es peor, hasta cierto punto, ya que la OHSC sólo clasifica los servicios por orden de rango, no decide cuales son básicos. La provisión de fondos de parte del poder legislativo determina el cuidado básico que se proveerá.

Naturalmente, los juicios políticos difieren en el grado de confianza que se puede otorgar al poder legislativo. Sin embargo, el tema crítico, desde el punto de vista del proceso, es éste: supuesto que el plan de Oregón exige explícita y primariamente el racionamiento a los pobres o a los casi pobres, las decisiones que se refieren a la asignación de fondo se enfrentarán constantemente a la presión política de grupos más poderosos que quieren asignar recursos públicos a otros fines. Por el contrario, si la legislación estuviera decidiendo cómo fundamentar un plan de racionamiento que se aplicara a ellos mismos y a todos los constituyentes, se podría, en este caso, esperar una consideración honesta de la importancia del cuidado sanitario, en contraposición a otros bienes. La legislación tendría entonces razones más poderosas para no ceder a las presiones políticas sobre la divergencia de recursos, y sería menos probable que otros grupos ejercieran tal presión. Si el plan es ampliado hasta incluir a otros grupos, entonces, los pobres podrían encontrar importantes aliados.

Así, las inquietudes sobre la neutralidad durante el proceso de racionamiento provinieron del hecho de que el plan iba dirigido a los pobres más que a la población global. Por consiguiente las ansiedades acerca de la honestidad del proceso convergen con las preocupaciones sobre las clases de desigualdad que el sistema tolera. Ello no significa que el experimento de Oregón no debería intentarse; puede producir una menor desigualdad total en el estado de la salud del que hay en la actualidad. Pero deberíamos reconocer desde el principio que un sistema que establece el racionamiento sólo para los pobres es menos equitativo y menos justo que los sistemas alternativos que imponen racionamiento para la mayoría. En la medida en que la desigualdad acaba irritando a muchos de los que participan en el sistema, incluyendo médicos que sólo podrán hacer pocas cosas para una clase de niños y más para los de otra clase, las tensiones por haberse comprometido a admitir el racionamiento serán mayores, y el racionamiento puede adquirir una reputación peor de la que ya tiene de por sí.

El plan de Oregón retiene la estructura de desigualdad y esto se debe a que los estados han de responder a los problemas que les ha impuesto un sistema nacional sanitario sumamente parcial e ineficiente. El plan incluye una excéntrica ironía: el presupuesto estatal para Medicaid pasa por una crisis por la rapidez con que suben los costos, debido, en gran parte, por la carga impuesta con el cuidado a largo plazo de la gente mayor, sin embargo el plan de racionamiento se enfoca hacia los niños pobres. Oregón no diseñó un sistema de Medicaid que obligue a los niños más vulnerables y a la gente mayor más vulnerable para que compitan en la obtención de los escasos recursos sanitarios públicos. Sin embargo, mientras los estados tengan que responder a problemas creados por el sistema nacional, sus soluciones heredarán sus mayores fallos. Respuestas sin coordinación de parte de los estados no

17. KITZHABER, J.: *Summary: The Health Services Prioritization Process*. Salem: Oregon State Senate; 1990.

pueden resolver los problemas causados por la diseminación, continua y rápida, de la tecnología, la ineficacia de la administración de un sistema complejo, y una creciente demanda de servicios en nuestra sociedad que envejeciendo se ve amenazada por el síndrome de la inmunodeficiencia.

Oregón nos da importantes lecciones para que cualquier esfuerzo nacional haga frente a estos problemas. Nacionalmente, deberíamos adoptar el intento de Oregón de proporcionar un acceso universal al cuidado básico y lograr que el racionamiento sea un objeto abierto a un debate político, pero no deberíamos simplemente ampliar nuestra actual legislación con un plan nacional. Esto no solamente reproduciría en mayor grado la desigualdad injustificable que permite el plan de Oregón. También retendría, a nivel estatal, la rivalidad entre

los niños pobres y la gente mayor pobre, en la obtención de fondos, y dejaría de enfocar los problemas básicos de ineficacia y rápido crecimiento de los costos. En contraste, racionando en un póliza única, el esquema de un seguro público que cubriera a todos los grupos de toda edad, se enfrentarían con más facilidad estos problemas. El complejo problema sería decidir si este esquema comprensivo se debe introducir de una vez por entero (siguiendo el modelo del sistema de Canadá), o en distintas fases (empezando su construcción siguiendo el modelo de Oregón). De todos modos, aún hemos de ver si el plan de Oregón nos ofrece un modelo claro de cómo los valores de la comunidad y la participación pública deberían ejercer su influencia en el diseño de un conjunto global de beneficios a nivel nacional.

**Novedad Bibliográfica**

**Y DIOS SE HIZO HERMANO**

**VIDA DE SAN JUAN DE DIOS**



**E**l hermano Valentín A. Riesco, sacerdote de nuestra Orden, publica en la colección VIDAS BREVES de la Editorial San Pablo, aprovechando que se acerca la celebración del V Centenario del Nacimiento de San Juan de Dios, una pequeña biografía sobre el Santo.

**H**ombre de profunda y auténtica religiosidad, de inquietudes y continua búsqueda de la voluntad de Dios, Juan Ciudad trabaja como pastor, se alista en la milicia, se convierte en vendedor ambulante de libros y estampas religiosas, hasta que, tomado por loco, acaba en un hospital, humillado y maltratado. Precisamente allí descubre su vocación y comienza a trabajar en su sueño: un hospital donde atender a los pobres y enfermos con la dignidad y el respeto debidos a los hijos de Dios. Su profundo amor al hermano necesitado, su generosidad y piedad, su absoluta confianza en Dios, hacen que pronto se hable del bendito Juan de Dios, que murió de rodillas en 1550 y fue canonizado en 1690.

# AUDAZ INICIATIVA DE OREGÓN SOBRE MEDICAID\*

William B. Stason, MD. MS.

*El plan de Oregón de dar prioridad en la cobertura de los servicios de cuidado sanitario en su programa de Medicaid presenta una oportunidad única de unificar el debate nacional cuyo fin es la reforma del seguro sanitario. No hay casi ninguna duda de que nuestro sistema actual es un conglomerado de improvisaciones con serios fallos:*

1. La constante escalada de los costos a pesar de las iniciativas dirigidas a una mejor administración del cuidado, control del uso, y pago prospectivo del cuidado hospitalario.
2. La falta de equidad en el reembolso a los médicos.
3. El gran número (> 37 millones) de americanos sin ningún seguro y de muchos más insuficientemente asegurados.
4. Las asombrosas variaciones geográficas en el uso de los servicios sanitarios, sin la correspondiente evidencia de diferencias en la misma.

*El plan de Oregón es un experimento audaz cuyo fin es incrementar al máximo los beneficios de los servicios sanitarios para los miembros de Medicaid enmarcados dentro del presupuesto con estrictas limitaciones. Este ambicioso experimento debería ser aplaudido. El valor —positivo y negativo— de las lecciones que deben aprenderse sobrepasan los posibles riesgos.*

La esencia de este plan, como lo describe competentemente Hadorn<sup>1</sup> es la colocación en orden de importancia de las categorías de servicios sanitarios (e.g., el tratamiento de condiciones que amenazan la vida o los servicios de prevención) conforme al valor que de ellos perciben los individuos y la sociedad y luego colocar en orden de rango pares de tratamientos de diagnóstico dentro de estas categorías, juzgándolos por los beneficios netos que de ellos se esperan. Se incorporan las preferencias de los consumidores por resultados alternativos en lo que se refiere a la salud. Durante el proceso de preparación de la priorización, no se considera explícitamente el costo, pero se efectuará un experto análisis encaminado a la determinación del costo de cada par de tratamientos y diagnósticos. Más tarde, la asamblea legislativa de Oregón usará los resultados de este análisis para fijar el *punto divisor* de cobertura, dentro de los límites del presupuesto de Medicaid. Los pares diagnósticos-tratamientos cuyo rango sea inferior a este *punto divisor* no estarán cubiertos. Por ejemplo, el tratamiento de condiciones muy elevadas en las listas de rango como apendicitis y pulmonía estarán ciertamente cubiertos, en cambio las de poco rango como pancreatitis crónica y neo-

matos anencefálicos probablemente no serán tratados (*New York Times*, 22 de febrero de 1991).

Las críticas contra el plan de Oregón se centrarán probablemente en lo que sigue:

- Validez de beneficios netos según priorización.
- Fallo en no incluir consideraciones sobre costos o costo-efectividad en el sistema de priorización.
- Implicaciones del plan en lo que se refiere al racionamiento de los servicios sanitarios para los pobres.

Estas críticas, en caso de ser constructivas, prestarán ayuda al importante fin de identificar metas para futuras mejoras.

Las amenazas contra la validez de las prioridades de Oregón constituyen quizás la preocupación más inquietante. Muchos de estos pares de diagnósticos-tratamientos representan amplios espectros de enfermedades clínicas. Por consiguiente, los beneficios netos del tratamiento variarán extensamente en un mismo par dependiendo de la gravedad de la enfermedad y de otras características del paciente. Cualquier coincidencia entre zonas de beneficios a causa de pares de diagnósticos-tratamientos por encima o debajo del nivel del *punto divisor* probablemente llevará consigo faltas de equidad en el acceso al cuidado. El trabajo de David Eddy<sup>2</sup> sobre el desarrollo de las normas para la práctica, el de Robert Brook y Mark Chassin<sup>3,4</sup> en la Rand Corporation sobre la evaluación de la conveniencia del uso de una variedad de tratamientos y tecnologías de diagnóstico, y la proposición de Hadorn<sup>1</sup> sobre normas directivas necesarias para el cuidado, ponen, sin excepción, el énfasis en la importancia del enfoque de la valoración de distintos problemas clínicos y en la consideración de los efectos de las características de pacientes específicos en lo que se refiere a riesgos y beneficios. La opción de Oregón por agrupaciones clínicas refleja, sin lugar a dudas, decisiones de tipo pragmático, por lo que serán ciertamente necesarios ciertos retoques para lograr una mayor especificación.

Un segundo tema se refiere a la relativa influencia de la evidencia científica y a la opinión de los expertos sobre el proceso de priorización de Oregón. Se puede sospechar que tratándose de un proyecto de tal magnitud, no fue posible un estudio sistemático de toda la literatura al efecto por lo que predominaron las evaluaciones subjetivas. Como primer paso, se requerirá una documentación completa de las bases en que se apoyaron las decisiones de Oregón, antes de pasar a examinar las cuestiones sobre su validez y posible prejuicio.

A fin de establecer las categorías, Oregón no solamente

2. EDDY, D. M.: *Comparing benefits and harms: the balance sheet*. JAMA, 1990; 263: 2493, 2498, 2501, 2505.

3. CHASSIN, M. R., KOSECOFF, J. y PARK, R. E. et al.: *Appropriateness of Use of Selected Medical and Surgical Procedures and Its Relationship to Geographic Variations in Their Use*. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press; 1989.

4. BROOK, R. H.: *Practice guidelines and practicing medicine: are they compatible?* JAMA, 1989; 262: 3027-3030.

\* STASON, W. JAMA, may 1, 1991, vol. 265, n.º 17.

1. HADORN, D. C.: *Setting health care priorities in Oregon: cost-effectiveness meets the Rule of Rescue*. JAMA. 1991; 265: 2218-2225.

tenía que comparar los beneficios de los diversos tratamientos para una condición particular, sino que debía también comparar gran variedad de tratamientos de condiciones con medidas aplicables a resultados contrapuestos. Por ejemplo, tenía que comparar el valor de la mejoría experimentada en una angina de pecho con disminución de presión arterial, con el tratamiento contra la depresión, o la extracción de una vesícula biliar afectada. La tarea de convertir diferentes medidas de resultados a unidades de valor comunes, como calidad ajustada por años vida, es considerable<sup>5,6</sup>. Hasta este momento no se ha adoptado con amplitud un sólo método que sirva de estándar para conseguir este fin. Oregón hizo frente al reto llevando a cabo una encuesta entre los residentes en el estado para obtener así las medidas que asignaría a diversos resultados en relación con la salud y luego usar estas medidas para convertir los beneficios netos de los pares de diagnósticos-tratamientos en calidad ajustada por años vida. Este enfoque tiene un atractivo intuitivo. Sin embargo, la validez de los resultados dependerá de la garantía que ofrezcan los métodos empleados. Esto debe ser estudiado con cuidado.

La forma en que Oregón administró los gastos será otra área de controversia. En una lista inicial de prioridades que se publicó en mayo de 1990, se emplearon los criterios de costo-efectividad para establecer con ellos el orden de los servicios sanitarios. Esta revisión posterior se centra, por el contrario, en los beneficios netos de la salud. La razones para dejar de lado el análisis costo-efectividad y las implicaciones de esta decisión en la distribución del presupuesto de Medicaid son importantes.

Hadorn señala afinidad con las *Reglas de Rescate* y escepticismo con algunas de las clasificaciones anteriores basadas en costo-efectividad de Oregón, como razones que le indujeron a su cambio en el modo de pensar. Probablemente es correcto. Hay una falta de inclinación en este país a denegar un tratamiento que potencialmente puede salvar la vida, aunque sea caro en extremo. Además, algunas de las prioridades basadas en el análisis costo-efectividad parecían irracionales. Por ejemplo, sospecho que pocos estarían de acuerdo en que las coronas dentales deberían preferirse a la apendectomía. Todavía queda por resolver si otros hallazgos anómalos como éste fueron el resultado de la inconsistencia fundamental que existe entre prioridades basadas en el análisis del costo-efectividad y otras razonablemente intuitivas o debidas a errores técnicos en la medición de las entradas de costos y beneficios en el análisis de Oregón.

La mayor implicación de la confianza que Oregón tiene en la clasificación por beneficio neto probablemente será que la mayor proporción del presupuesto de Medicaid se gastará en menos individuos que necesiten tratamientos de mayor beneficio, de mayor costo, comparado con su distribución si se tuvieran en cuenta las prioridades sugeridas por el análisis costo-efectividad. Un caso extremo de este efecto ocurriría si la clasificación del beneficio neto causara un gasto de 100.000 dólares por un trasplante de hígado en vez de una criba por mamografías para 1.000 mujeres (a 100 dólares cada una), incluso cuando los beneficios del total de la salud (aunque no los beneficios individuales) de estas mujeres podría ser más elevado que el que se deriva de un sólo trasplante de hígado.

Las prioridades de Oregón necesitan ser examinadas con cuidado para asegurar una distribución equitativa de beneficios sanitarios entre los beneficiarios de Medicaid.

Los argumentos son persuasivos para un examen explícito de los costos cuando se deben establecer las prioridades de servicios del cuidado sanitario. El argumento, como se describió arriba, emerge de las contribuciones que el análisis costo-efectividad<sup>5</sup>, y su pariente cercano el análisis de costo-utilidad<sup>6</sup> pueden producir en la elección entre la provisión de beneficios a unos pocos en contraposición a muchos beneficiarios de Medicaid. Cuando los recursos son verdaderamente limitados, y se deben tomar decisiones difíciles, es necesario enfrentarse a estas alternativas. Un argumento aún quizás más poderoso es la necesidad de asegurarse de que el gasto en dólares para el seguro refleje los valores de los que pagan las pólizas —el que contribuye a Hacienda, el consumidor, el empleado. Eddy está particularmente acertado cuando pone el énfasis en que *el costo es el verdadero problema que orienta el concepto del cuidado esencial* y sugiere que servicios *esenciales* podrían identificarse sondeando a «los americanos comunes (con ingresos medianos)» para obtener sus opiniones de si los beneficios de una determinada prestación merecen su costo<sup>7</sup>.

Aunque quizás no exista el *mejor* modo de incorporar los costos que se aplique a todas las circunstancias, la consideración de los costos es esencial en todo esfuerzo de definir servicios sanitarios básicos, necesarios y esenciales. El análisis del costo-efectividad, la evaluación de las preferencias del consumidor, y la conciencia del costo, conjuntamente deben representar su papel. La aceptabilidad de las prioridades de Oregón puede, de hecho, muy bien depender del éxito que el plan haya podido tener al acertar en descubrir un equilibrio entre los valores utilitarios y la Regla del Rescate con la implícita, aunque quizás no explícita, inclusión de los costos.

Finalmente, el plan de Oregón será criticado por racionar el cuidado sanitario de los pobres. Esto es ciertamente lo que hace. El programa de Medicaid en Oregón pasa por duras estrecheces económicas, lo mismo que todos los programas de Medicaid en todo el país.

El racionamiento es inevitable a no ser que se disponga de más dólares. El único problema, es decidir, si el racionamiento debería ser explícito y visible, o debería permanecer implícito. El racionamiento explícito tiene la ventaja de fijar las *reglas del juego* de manera clara para todos los interesados (el público, pacientes individuales, y los médicos por igual) y, al mismo tiempo, dirigir la atención al triste aprieto del programa de Medicaid. Se espera que las críticas contra el plan de Oregón sobre el *racionamiento* se mitigarán con la exclusión de los ancianos, ciegos, e impedidos de las limitaciones de la cobertura, y por el hecho que bajo este plan, la cobertura se extenderá a todos los ciudadanos que se encuentren por debajo de la línea de pobreza. Por ello, muchos que antes se encontraban sin ningún seguro recibirán ahora *servicios esenciales* aun cuando los gastos por cada asegurado puede que sean reducidos. Bajo estas circunstancias, el racionamiento será el menor de los males.

Como conclusión, el plan de Oregón representa un intento audaz e innovador para aumentar los beneficios sanitarios para beneficiarios de Medicaid dentro de las limitaciones del presupuesto. El plan necesita apoyo como demostración con

5. WEINSTEIN, M. C. y STASON, W. B.: *Foundations of cost-effectiveness analysis for Health and medical practices*. N. Engl. J. Med., 1976; 296: 716-721.

6. TORRANCE, G. W.: *Measurement of health state utilities for economic appraisal: a review*. J. Health Econ., 1965; 5: 1-30.

7. EDDY, D. M.: *What care is «essential»? what services are «basic»? JAMA, 1991; 265: 782, 786-788.*

salvedades que: 1) Se incorpore un proceso de apelaciones para disminuir las faltas de equidad que puedan ocurrir y 2) Se lleve a cabo una cuidadosa evaluación para documentar sus efectos en el acceso, salud, y costos. Lejos de buscar los resultados inmediatos de la investigación, como algunos han afirmado, esta demostración serviría de poderoso estímulo para los que planean las normas de la práctica, para investigado-

res de la eficacia médica, y para los responsables de la política de empresa que están interesados en la reforma de los seguros sanitarios. Un resultado favorable podría producir profundos efectos en decisiones sobre cobertura de otros aseguradores y podría ciertamente contribuir positivamente a los esfuerzos nacionales para controlar la escalada de los gastos del cuidado sanitario.

## **Revista SELARE**

- Al servicio de los Agentes de Pastoral de la Salud.
- Publicación trimestral de los Hermanos de San Juan de Dios, destinada a compartir experiencias, inquietudes y comentarios con los agentes de Pastoral de la Salud a nivel de América Latina.

*Dirección:* Carrera 8.<sup>a</sup> N.º 17-45 SUR. Apartado 40097. BOGOTÁ, D. E. (Colombia)

# CALIDAD DE VIDA EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS

## *Oregon Health Decisions*

*El cuidado de la salud se enfrenta en Oregon y en toda la nación a opciones críticas. Se ha procurado cortar los costos del cuidado sanitario, pero el gasto en esta área, tanto por el sector público como por el privado, continúa aumentando con más rapidez que el crecimiento de la economía general. Si se deja sin control, el lastre de la progresión del gasto en seguros sanitarios privados como en programas públicos como Medicare y Medicaid llevará a los americanos con ingresos de tipo medio, a una creciente incapacidad de obtener cuidado sanitario, y a una absorción de dólares del contribuyente, que podrían haberse destinado a otras urgentes necesidades sociales.*

### EL PROBLEMA...

La auténtica tragedia es que siendo este país el que gasta más que cualquier otra nación en cuidado sanitario, no nos ha supuesto un acceso notable a los servicios sanitarios ni tampoco nos ha proporcionado mejor salud. El promedio de mortalidad infantil en los Estados Unidos se sitúa en el 19 lugar entre los países industrializados, y 37 millones de personas carecen de seguro público o privado. Estas anomalías en nuestro sistema sanitario van resultando demasiado dolorosas para ignorarlas. Más dinero no consigue traer más salud. Se pregonan progresos maravillosos en el campo de la ciencia, pero aquellos para los que se pretendieron no pueden adquirirlos. Mientras algunos americanos reciben el mejor cuidado sanitario del mundo, otros no obtienen ninguno.

Oregón tiene ante sí los mismos problemas que la nación. En 1987, el poder legislativo suspendió su ayuda económica al trasplante de órganos, excepto para riñones y córneas a los clientes de Medicaid. El dinero para estos servicios se empleó en mejorar el acceso de muchas personas al cuidado sanitario básico. La vasta atención que se dio a esta decisión puso ante la vista del público el amplio problema de la asignación de recursos sanitarios. La controversia sobre el trasplante de órganos ha sido tan dolorosa para los legisladores y habitantes de Oregón, que ha obligado a los ciudadanos a hacer frente inmediatamente al problema de la asignación de recursos.

### Y MEDIDAS HACIA UNA SOLUCIÓN

En 1987, la Oregon Health Decisions, una organización privada, no lucrativa, dedicada a la educación y a la acción de

los ciudadanos en materias éticas en el cuidado de la salud, tomó a su cargo un ambicioso proyecto —*Prioridades Sanitarias de Oregón para los años 1990*—, encaminado hacia el problema de la asignación honesta de los restringidos recursos sanitarios. Se desarrolló un proceso democrático para involucrar a los ciudadanos en el establecimiento de prioridades sanitarias.

Cerca de 600 ciudadanos, en diecinueve reuniones por todo el estado examinaron el proceso. Informes llevados a cabo durante las reuniones revelaron que tres de las cinco prioridades superiores eran el cuidado preventivo de niños y adultos —las otras dos se referían al cuidado por largo tiempo de gente de edad avanzada y cuidados intensivos de niños.

En las reuniones, las encuestas dieron pie a una pregunta más básica: ¿Por qué valora la gente un servicio sanitario en particular más que otro? Discusiones sobre el balance entre tiempo de vida y calidad de vida en los servicios sanitarios condujeron al desarrollo de proyectos de principios de normas públicas para la asignación de recursos sanitarios. En septiembre de 1988, estos principios fueron discutidos, enmendados y aprobados por los delegados de un Parlamento de Cuidados Sanitarios de Ciudadanos.

Estos 50 delegados fueron escogidos de tres sectores: gente que participó en las reuniones de comunidad (24), nombramientos por comisiones del condado (15) y representantes de grupos de ciudadanos interesados en temas sanitarios (11). Después de un día y medio de vehemente discusión, los ciudadanos convinieron en quince principios sobre normas públicas que se espera servirán de indicadores para el poder legislativo estatal, para las compañías de seguros y para otros interesados en la asignación de recursos sanitarios.

### PRINCIPIOS PARA LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS

Adoptados por el Parlamento de Cuidados Sanitarios de Ciudadanos 23-24 de septiembre de 1988 en Portland, Oregón

#### Finalidad de los servicios sanitarios

1. La responsabilidad del Gobierno de proveer recursos para cuidados sanitarios tiene como fin mejorar la calidad global de vida de la gente actuando dentro de los límites de los recursos económicos y de otros recursos disponibles.
2. La calidad global de vida es el resultado de muchos factores, siendo la salud solamente uno de ellos. Otros incluyen los aspectos económicos, políticos, culturales, ambientales, estéticos y espirituales de la existencia de la persona.

3. La calidad de vida relacionada con la salud incluye las funciones físicas, mentales, sociales, cognitivas y del cuidado propio, así como la percepción del dolor y el sentido de bienestar.
4. Las asignaciones para el cuidado sanitario tienen una exigencia sobre los recursos del gobierno en la medida que ningún otro uso alternativo de estos recursos produciría un mayor incremento de la calidad de vida global de la gente.
5. Las actividades sanitarias deberían adjudicarse para la prolongación de la vida y/o la salud relacionada con la calidad de vida durante el período de vida de la persona.
6. La calidad de vida debería ser uno de los criterios éticos cuando la asignación de recursos implica seguros o fondos del gobierno.

#### Por qué es necesario establecer prioridades

7. Cada persona tiene derecho a un cuidado sanitario adecuado.
8. Es necesario establecer prioridades en el cuidado sanitario mientras así lo exija el cuidado de la salud y las necesidades sean superiores a la capacidad de la sociedad, o deseos de la misma de pagar por ellos. Por consiguiente, un nivel *adecuado* de cuidado puede ser algo menos que cuidado *óptimo*.

#### Cómo establecer las prioridades sanitarias

9. Establecer prioridades y asignar recursos en el cuidado sanitario debería hacerse explícita y abiertamente, teniendo en cuenta de modo especial las valoraciones dadas en un amplio espectro de la población de Oregón. Los juicios de valores deberían obtenerse de tal manera que no se infravaloren las necesidades y preocupaciones de una minoría de la población.
10. Durante la asignación de recursos sanitarios la eficiencia y la equidad deberían ser considerados. Eficiencia significa que se provee la mayor cantidad de beneficios sanitarios, convenientes y eficaces para el mayor número de personas por una determinada cantidad de dinero. Equidad significa que todos tienen la misma oportunidad de obtener los servicios sanitarios disponibles.
11. La asignación de cuidados sanitarios debería, en parte, estar basada en una escala de actitudes del público que cuantifica la relación entre extensión-de-vida y calidad-de-vida.
12. En general, una actividad sanitaria de alta prioridad es aquella con alta correlación entre su costo y los beneficios personales y sociales.

#### Quién establece las prioridades

13. Los valores del público en general deberían guiar las decisiones de planificación que afectarían a la asignación de recursos sanitarios. Por regla general, las opciones entre alternativas de tratamientos disponibles debería hacerlas el paciente, consultando a los proveedores de la asistencia sanitaria.
14. Las decisiones o las normativas sobre planificación del cuidado sanitario deberían basarse en juicios de valoración formados por el público en general y aquellos que lo representan, y en juicios sobre hechos, formulados por los expertos cualificados.
15. Los que formulan decisiones privadas, incluyendo terceras partes contribuyentes y los profesionales sanitarios,

tienen la responsabilidad de supervisar la asignación de recursos sanitarios y cerciorarse de que su uso es consistente con las valoraciones del público en general.

## FIN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

- 1 *La responsabilidad del Gobierno en el suministro de recursos de cuidado sanitario consiste en la mejora de la calidad global de la vida de la gente procediendo dentro de los límites de los recursos económicos y otros recursos disponibles.*

El primer principio va encaminado a una pregunta básica: ¿Por qué existe el gobierno? Y con mayor precisión, ¿por qué se involucra el gobierno en la provisión y pago de servicios sanitarios? Una breve respuesta a ambas preguntas sería la afirmación de que la gente no vive individualmente, sino como miembros de una comunidad. Por consiguiente, los gobiernos deberían estar a nuestro servicio utilizando recursos públicos con procedimientos que mejorasen nuestra calidad de vida de una manera que por nosotros mismos no podríamos conseguir.

Como es natural, los recursos que están a disposición del gobierno son limitados. Los ingresos de Hacienda suben y bajan dependiendo de la economía y de filosofías políticas sujetas a cambios. Los problemas domésticos e internacionales exceden constantemente la capacidad de los gobiernos locales y estatales de enfrentarse a ellos. Por ello, la noción de límites se encuentra en el centro del tema de la asignación de recursos sanitarios. ¿Cómo utiliza el gobierno la escasez de dólares para acrecentar el mejoramiento de la calidad de vida relacionada con la salud del pueblo?

- 2 *La calidad global de la vida es el resultado de muchos factores, siendo uno de ellos la salud. Los demás incluyen los aspectos espirituales, estéticos, ambientales, políticos y económicos de la existencia de la persona.*

Hay muchas cosas que dan placer y sentido a nuestra existencia. Éstas difieren en cada persona, por ello los gobiernos tienen el laborioso trabajo de evaluar lo que contribuye más al agregado de la calidad de vida de los ciudadanos por quienes son responsables.

Mientras puede parecer que la salud debería ser prominente, en este respecto, consideremos lo siguiente: ¿Qué ocurriría si un grupo de la población gozara de perfecta salud, pero su comunidad careciera de policía?, ¿de escuelas?, ¿de parques?, ¿de museos? ¿Estaría dispuesto a gozar de menos salud y obtener aquellas cosas? Probablemente.

Por otro lado, hay mucha verdad en el proverbio *cuando tienes salud, lo tienes todo*. A la mayoría, la vida nos parece bastante desdichada cuando cogemos un simple resfriado. Y naturalmente, hay que vivir si se quiere tener cualquier calidad de vida. Por consiguiente, en la medida que los servicios sanitarios reprimen la muerte y ayudan a la gente a vivir una vida normal, contribuyen de modo substancial en el total de nuestra calidad de vida.

- 3 *La calidad de vida relacionada con la salud incluye funciones físicas, mentales, sociales, cognoscitivas y del propio cuidado.*

No es posible dar una única definición de *calidad de vida relacionada con la salud*, pues este concepto debe ser aborda-

do de distintas direcciones, cada una de ellas brinda una perspectiva distinta del significado de una vida vivida por entero. Este principio considera la calidad de vida relacionada con la salud abarcando siete áreas de funcionamiento y percepción.

Cuando este concepto se traduce a términos prácticos, cada área debe ser descrita con todo detalle, a fin de poder cuantificar objetivamente la calidad de vida. Por ejemplo, se han desarrollado escalas para valorar el grado de perfección con el que la gente puede valerse por sí misma: vestirse, comer, bañarse, ir de compras, etc. Así el efecto de los servicios sanitarios en ésta y otras dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud puede ser valorada con credibilidad basándose en un *antes y después*.

Naturalmente, se intenta que los servicios sanitarios afecten directamente solamente la calidad de vida *relacionada con la salud*. La calidad *global* de vida incluye las dimensiones adicionales mencionadas en el segundo principio, como factores económicos y ambientales. Estos otros factores ejercen ciertamente su impacto en la salud de la gente, pero están completamente fuera de la jurisdicción del sistema sanitario.

**4 Las asignaciones al cuidado sanitario solamente tienen un derecho a los recursos del gobierno en la medida que ningún uso alternativo de aquellos recursos produciría un mayor incremento en la calidad global de la vida de la gente.**

¿Cuál es el tamaño de la porción del pastel del presupuesto del gobierno que deberían recibir los servicios sanitarios? Los principios proporcionan la respuesta, por lo menos en teoría. Los fondos deberían ser destinados al cuidado sanitario en la medida que éste proporcione un mayor incremento en el total de la calidad de vida que el que proporcionarían si se destinaran a otros servicios gubernamentales. Por consiguiente, los beneficios de los programas sanitarios deberían ser valorados cuidadosamente frente a otras necesidades que tiene la sociedad.

Educación, transporte, desarrollo económico, defensa —cada sector del presupuesto a nivel federal o estatal contribuye a la calidad de vida de los ciudadanos junto con los servicios sanitarios. Decidir la manera de asignar dólares entre estas áreas es una labor compleja y difícil, que desgraciadamente se agrava por la falta de una sólida formación sobre la eficacia de los programas gubernamentales o por el desconocimiento de la proporción en que estos programas son valorados por la gente. De momento, es difícil juzgar la medida en que obran de acuerdo con este principio los que rigen los destinos de la política.

**5 Las actividades sanitarias deberían ser aceptadas con el fin de aumentar la duración de la vida y/o la calidad de vida relacionada con la salud durante toda la vida de una persona.**

Los amplios fines del cuidado sanitario son dobles: conservación de la vida y su mejora. Cantidad y calidad están entramadas en la existencia humana pero, hasta cierto punto, son susceptibles de separación. Por un lado, el cuidado sanitario moderno facilita que gente en estado vegetativo persistente continúe viviendo. Aun cuando su corazón late y los pulmones se llenan de aire, su cerebro nunca más les servirá como personas que piensan, sienten y se comunican. El cuidado sanitario ha prolongado su vida, pero no su calidad.

Por otro lado, algunos servicios médicos contribuyen a que

la gente tenga mejor aspecto (por ejemplo, la cirugía plástica) sin que ello ejerza ningún efecto en su longevidad o estado básico de salud. De modo semejante, el alivio de síntomas de ansiedad, de envenenamiento de roble produce un impacto en la calidad de vida relacionada con la salud, pero rara vez en la cantidad. La mayor parte del cuidado sanitario se sitúa entre estos extremos. En cierta medida, los cuidados sanitarios acrecientan, con frecuencia, la calidad de nuestra vida y nuestras probabilidades de vivir por más o menos tiempo. Es importante recordar esta mezcla de beneficios en potencia al calcular la evaluación de los servicios sanitarios.

**6 La calidad de vida debería ser uno de los criterios éticos en la asignación de recursos de cuidado sanitario que incluyen seguros o fondos del gobierno.**

Puesto que vigorizar la calidad de vida es el fin primario de los servicios sanitarios, éste debería ser el criterio de mayor importancia empleado en la asignación de dólares destinados al servicio sanitario, ya que es imperativo utilizar los limitados recursos de la sociedad para la producción del mayor bien a la gente. Cuando se demuestra que un cuidado sanitario no acrecienta la calidad de vida es ineficaz e ineficiente, y debería reducirse a un mínimo. La única manera de conseguirlo es enfocando la valía de los beneficios que los servicios sanitarios prestan a la gente. Este principio exige que aquellos a quienes se ha encomendado el dinero comunitario destinado al cuidado sanitario —compañías de seguros y gobierno— se cercioren de que los servicios van a producir «la mayor cantidad de salud por cada duro».

No se mencionan en este principio los fondos personales porque hay distintos criterios éticos para el uso de fondos personales y de fondos comunitarios. Viviendo como se vive en un país libre, la gente tiene derecho a gastar su dinero de modo legal como mejor les plazca, incluso en tratamientos médicos que no producen ninguno o muy poco beneficio. Sin embargo, los fondos recogidos por el bien común deben gastarse con mayor cuidado, pues los dólares asignados a una persona no están a disposición de otra. Aun cuando no puede parecer honesto que los ricos puedan obtener servicios que no pueden obtener los trabajadores asegurados o los pobres, ésta es una faceta básica del sistema del mercado libre americano, y ocurre por todo el mundo, incluso en países con planes sanitarios nacionales.

**7 Cada persona tiene derecho a recibir cuidado sanitario adecuado.**

Este principio indica con claridad que el fin de establecer prioridades no es el de *fixar* beneficios sanitarios, sino asegurar que aquéllos se pongan a *disposición* de todos cuantos más sea posible. La asignación de recursos se convierte en preocupación cuando hay una obligación a nivel de sociedad de proveer el servicio que va a asignarse. No hay protesta pública sobre la mala distribución de anillos de diamantes en hogares americanos, ya que ésta no se considera una necesidad básica humana. Sólo los que pueden adquirir un anillo de diamantes lo tienen. Por otra parte, la sociedad considera que la educación es básica de muy distinta manera. Todo niño tiene derecho a ir a la escuela subvencionado por fondos públicos hasta terminar el bachillerato —lo que se juzga como la frontera de una educación *adecuada*.

Actualmente, la política del cuidado sanitario, en esta nación, es una mezcla de financiación de mercado libre y de pro-

mesa meramente verbal de acceso universal. Tenemos la tendencia a hablar como si todo el mundo tuviera la oportunidad de obtener una educación básica pero, típicamente, organizamos y pagamos por servicios sanitarios como si fueran lujos no-necesarios como los anillos de diamantes. Este principio pregona el mensaje de que deben conciliarse las palabras y las obras. Si de verdad creemos que el cuidado sanitario adecuado es tan necesario como la educación básica, es necesario encontrar medios de suministrar este cuidado a cada persona en este estado y nación.

- 8 *Es necesario establecer prioridades en el cuidado sanitario, mientras las demandas de cuidado sanitario y las necesidades excedan la capacidad de la sociedad, o la conformidad, de pagar por ellas. Por consiguiente, un nivel adecuado de cuidado puede ser algo menor que un cuidado óptimo.*

Los servicios sanitarios no obtienen un cheque en blanco de parte de la sociedad, aunque así pueda parecerles a los negocios, ciudadanos privados y oficiales gubernamentales quienes intentan poder saldar la continua alza de los costos del cuidado sanitario. Estos costos crecen con mayor rapidez que crece la economía global. Por consiguiente, lo que se gasta en sanidad drena recursos de la industria y del gobierno que podrían ser utilizados para otros fines.

Sin embargo, no existe un nivel *correcto* de gasto en el cuidado sanitario, como tampoco hay una definición consolidada de cuidado sanitario adecuado. La disponibilidad de dólares para cuidados sanitarios, y los mismos servicios, fluctuarán dependiendo de factores como condiciones económicas, preferencias del consumidor, necesidades sociales en competencia y adelantos médicos.

La clave está en asegurar que los servicios sanitarios de mayor importancia reciban siempre prioridad absoluta en el gasto mientras las demandas o necesidades de cuidado sanitario excedan la disponibilidad de dólares. Ésta es la única manera de garantizar que los programas sanitarios sostenidos por fondos recogidos del público (pólizas de seguros y contribuciones de hacienda) se administren con honestidad. No deben negarse a la gente los servicios sanitarios que brindan beneficios substanciales cuando se proveen servicios de menor eficacia.

## COMO FIJAR PRIORIDADES SANITARIAS

- 9 *Establecer prioridades y asignar recursos en el cuidado sanitario debería hacerse explícita y abiertamente, teniendo especialmente en cuenta los valores del amplio espectro del pueblo de Oregón. Se deberían obtener juicios sobre valía de tal manera que las necesidades y preocupaciones de los grupos minoritarios no fueran infravalorados.*

¿Preguntan con frecuencia las compañías de seguros a sus clientes habituales qué servicios desean en un paquete de beneficios? ¿Ha hecho mucho el gobierno del estado o el federal para involucrar a los ciudadanos en el contenido de programas sanitarios costeados con fondos públicos? No. Naturalmente, en la sociedad hay con frecuencia un gran vacío entre la gente y las instituciones que intentan aportarle sus servicios, pero el carácter de vida y muerte de los servicios sanitarios hace extremadamente importante atraer a esta área una intervención directa de los ciudadanos.

Lo que parece sería indicado es un cambio hacia una *enérgica*

*democracia*. Los ciudadanos deberían hacer algo más que simplemente seleccionar representantes que tomen decisiones en su lugar. Ésta es una democracia débil. Una democracia *enérgica* involucra directamente a los ciudadanos en opciones de política práctica.

Los oficiales elegidos y los administradores gubernamentales son sirvientes de la voluntad del público, no los amos de la misma. Los que formulan la política son responsables por sus decisiones sobre la asignación de los recursos sanitarios explícita y abiertamente, y por fundarlas en valores ciudadanos ampliamente aceptados. Esto es ciertamente una finalidad muy alta, que requiere la creación de nuevos mecanismos en los que participen los ciudadanos, con todo, ofrece la mejor esperanza de formulación de mejoras duraderas en el sistema de cuidado sanitario de nuestra nación.

- 10 *En la asignación de recursos sanitarios deberían considerarse la eficiencia y la equidad. Eficiencia significa proporcionar al mayor conjunto de gente la mayor cantidad de beneficios adecuados y eficaces a cambio de determinada cantidad de dinero. Equidad significa que todas las personas gozan de la misma oportunidad de conseguir los servicios sanitarios disponibles.*

La eficiencia habla más a la mente, y equidad más al corazón. La eficiencia dice: «Trabaja para conseguir que el servicio sanitario responda a la eficacia del costo. Consigue que cada dólar cuente». La equidad dice: «Lucha para que el servicio sanitario esté a disposición de todos. No excluyas a nadie». Juntos ofrecen un buen marco de trabajo para el establecimiento de prioridades sanitarias. Lo difícil es dar a cada una el énfasis apropiado.

A fin de comprender mejor este dilema, debe considerarse la educación básica. Si nuestro fin fue elevar el nivel general de la educación de los niños de la manera que más concuerda con el principio de la eficacia del costo, luego se deberían eliminar los programas especiales más costosos para aquellos que tienen problemas en los estudios, ya que el dinero desembolsado para ellos probablemente produciría más *educación* si se extendiera a la población general en edad escolar. Afortunadamente, estamos más dispuestos a tolerar alguna ineficacia a fin de que niños con necesidades únicas no sean excluidos del sistema educativo.

Se puede apreciar otro aspecto del tema eficiencia/equidad cuando juega con las vidas de personas identificables. Los rescatadores desembolsarán grandes cantidades de dinero para salvar a una persona atrapada en un pozo cuando la lógica arguye que se podrían haber salvado más vidas si aquella cantidad de dinero se hubiera empleado de otro modo. Parece que el mensaje es que el corazón ha de poder vivir con las decisiones de nuestras mentes.

- 11 *Las asignaciones de fondos deberían estar basadas, en parte, en la escala de actitudes adoptadas por el público que cuantifica el resultado de la interacción entre cantidad y calidad de vida.*

La necesidad de esta escala fluye del principio 4, que dice que las actividades sanitarias deberían aumentar en extensión y/o en calidad de vida, y del principio 10, que afirma que la razón costo-efectividad debería ser una de las consideraciones usadas en la asignación de los recursos sanitarios. ¿Cómo se valora la efectividad total de un servicio sanitario cuando el potencial de beneficios —cantidad y calidad de vida— son

tan dispares? La primera es materia que se refiere a los años vividos, la última, a lo bien que se vivieron.

Investigadores en medicina han desarrollado un método para combinar estos beneficios en una sola medida de eficacia. Este enfoque se basa en el hecho de que casi todo el mundo estaría dispuesto a intercambiar parte de su *cantidad* de vida por una *calidad* más alta. Por ejemplo, alguien pudiera pensar «preferiría gozar de tres años de buena salud, en los que pudiera hacer lo que quisiera, que pasarme cinco años en la cama con un dolor constante».

Un término para la medición de este resultado es una «calidad ajustada por año de vida». Está basada en una escala que acopla la duración cronológica de la vida a la calidad de aquella vida. Esta escala debe desarrollarse con encuestas al público en general, pues sólo éste puede decir a los que dan forma a las políticas qué valía tienen la vida y la salud para ellos.

**12** *Por regla general, una actividad de cuidado sanitario con alta prioridad es aquella que mantiene una gran proporción entre los beneficios personales y sociales y su costo.*

Algunos se oponen al uso de métodos cuantitativos para determinar prioridades en el cuidado sanitario puesto que esto es como poner un precio a la vida. Sin embargo, al evaluar los beneficios y los costos de varios servicios sanitarios por el hecho de que están de acuerdo con estos principios equivale simplemente a ordenar a aquellos servicios por su eficacia en la mejora de la salud de la gente. Estos beneficios —mayor extensión y calidad de vida— se expresan precisamente en estos términos, no en dólares. No se pone un precio a la vida.

Como es natural los legisladores y otros formuladores de políticas han de decidir hasta qué punto desean dotar los servicios sanitarios priorizados. Puesto que los métodos de costo-beneficio pueden solamente señalar qué servicios sanitarios producirán mayores beneficios a la gente a menor precio, los que toman decisiones deben juzgar por su cuenta para determinar la valía del cuidado sanitario en relación con otras necesidades de tipo social y económico. El análisis costo-efectividad apoya las decisiones sobre el destino de los recursos; pero no las formula. Sin embargo, la determinación de costos y beneficios de los servicios sanitarios, de modo explícito y franco, debería dar como resultado mejores decisiones.

## QUIÉN DETERMINA CUÁLES HAN DE SER LAS PRIORIDADES

**13** *Los valores del público en general deberían guiar la planificación de las decisiones que pueden incumbir a la asignación de los recursos sanitarios. Por regla general, las opciones entre los tratamientos alternativos disponibles debería tomarlas el paciente, consultando a los suministradores sanitarios.*

Bajo este principio late un reconocimiento de que la relación entre pacientes y suministradores sanitarios se funda en la confianza mutua, y debe ser protegida. Médicos, personal de enfermería y otros profesionales de la sanidad no deberían tener la responsabilidad de optar por normas públicas de distribución de recursos que determinen qué servicios estarán a disposición de sus pacientes. Éstas son decisiones de planificación que deberían formular el gobierno y las compañías de seguros, después de consultar a expertos, y orientados por los

valores del público en general que suministra los fondos para los programas sanitarios y recibe los servicios de los mismos.

Una vez las decisiones sobre planificación han sido tomadas, los pacientes adecuados tienen el derecho de escoger entre los servicios alternativos disponibles —como es natural, después de una consulta íntima con los profesionales sanitarios. La palabra clave es *disponibles*. No se puede elegir un tratamiento que no está incluido en un programa sanitario. A alguien le puede parecer esto cruel y burocrático, pero la alternativa es peor: no tener control ciudadano del programa sanitario. Y cuando se recorta un servicio que produce beneficios mínimos, se puede ofrecer otro con *mayores* beneficios. Por desgracia la atención de los medios de comunicación y la del público tiende a enfocar a pacientes individuales, fácilmente identificables, a los que se niega un tratamiento de baja prioridad, y no a muchos no identificables quienes como consecuencia obtienen el tratamiento.

**14** *La planificación o las decisiones sobre normas políticas deberían apoyarse en juicios de valor emitidos por el público en general y por los que le representan, y en juicios basados en hechos emitidos por los expertos pertinentes.*

El público en general (incluyendo aquellos que lo representan, como son los legisladores) y los expertos juegan papeles distintos y separados en la formación de decisiones de planificación que afectan la asignación de recursos sanitarios.

El público en general sabe mejor lo que espera de los servicios sanitarios. Todo el mundo sabe lo que significa tener salud o estar enfermo, y lo mucho que valora la buena salud. Por ejemplo, en el cuidado de enfermos en período terminal brota con frecuencia el tema sobre la cuantía de dolor y minusvalía que uno estaría dispuesto a tolerar a cambio de algunos meses más de vida.

Tratándose de un juicio de valor sin respuesta *correcta*, la orientación sobre estas materias debería hallarse en los que están viviendo y muriendo —el público en general.

Por otra parte, los expertos han de interpretar un papel de importancia al aportar a los que elaboran las normas de política la información factual en lo que se refiere a los beneficios de servicios sanitarios específicos. Los médicos pueden conjeturar de qué manera un tratamiento particular cambiará típicamente la extensión y/o la calidad de vida del paciente. Cuando la información se compara con el valor que el público en general atribuye a aquellos beneficios sanitarios, se puede formular una decisión válida sobre la prioridad del tratamiento.

**15** *Los formuladores de decisiones privadas, incluyendo terceras partes contribuyentes, tienen la responsabilidad de velar por la asignación de recursos sanitarios para reafirmar que su uso es consistente con las valoraciones del público en general.*

Junto con el gobierno, aquellos que administran y toman decisiones sobre fondos comunes de contribuyentes individuales, de organizaciones y empresas comerciales tienen la obligación de cerciorarse de que las asignaciones de recursos sanitarios están de acuerdo con los valores del público. Además, esta responsabilidad también la tienen los suministradores sanitarios. Puede que éste sea un concepto nuevo, ya que los médicos casi siempre han tenido la opinión de que es un deber ético y una obligación legal ofrecer a sus pacientes todos los servicios sanitarios beneficiosos en potencia.

Con todo, ¿tiene el médico la obligación de ofrecer opciones para tratamientos no disponibles, como consecuencia de decisiones explícitas e informadas sobre política pública? ¿Es esto una ayuda para un sistema sanitario ético, o lo debilita? ¿Deberían los suministradores sanitarios ser legalmente responsables por no ofrecer prestaciones sanitarias para clientes de programas sanitarios gubernamentales o privados, si aquellas prestaciones no están incluidas en los programas?

Éstas son preguntas difíciles de contestar, pero hay que hacerles frente y discutir las abiertamente. Deben buscarse soluciones atrevidas y creadoras para los dilemas en la asignación de recursos con los que se enfrenta el estado y la nación. Estos principios han sido establecidos por el *Citizens Health Care Parliament* de acuerdo con aquel espíritu americano.

## LISTA DE COMPROBACIÓN PARA LOS FORMULADORES DE NORMAS

Los conceptos clave enraizados en estos principios ofrecen a los formuladores de normas de conducta una lista de comprobación. Cuando han de tomar una decisión sobre cualquier servicio sanitario, deberían preguntarse lo siguiente:

- ¿Cuánta gente se espera que se beneficie de este servicio?
- Cuáles son las áreas relacionadas con la calidad de una vida sana que recibirán el impacto de este servicio?

### Físicas

Cognitivas  
Sentimiento  
de bienestar.

### Mentales

Propio  
cuidado.

### Sociales

Percepción  
del dolor.

- ¿Hasta qué punto aumentará este servicio la calidad de una vida sana con relación a la salud?
- ¿Hasta qué punto aumentará este servicio la extensión de la vida?
- ¿Cuál será el resultado combinado en los receptores de este servicio, cuando se consideren la extensión y la calidad de vida?
- ¿A cuánto ascienden los costes, inmediatos y futuros, debidos al suministro de este servicio?
- ¿Qué otros servicios, sanitarios y no sanitarios, compiten por los fondos que se van a desembolsar?
- ¿Qué proporción hay entre costes y beneficios?
- ¿Hasta qué punto promueve este servicio la equidad en la distribución de fondos sanitarios?
- ¿Hasta qué punto han sido objetivos y específicos los datos considerados para responder las preguntas anteriores?

*Novedad bibliográfica a cargo del hermano Francisco Sola*

## VOLUNTARIADO CRISTIANO Y MUNDO DE LA SALUD

**Sentido. Misión. Cómo organizarlo en la parroquia**

El hermano Francisco Sola, miembro del Consejo de Redacción de LABOR HOSPITALARIA, ha escrito un libro inquietante sobre Voluntariado. ¿Debe todo cristiano ser voluntario al servicio del mundo de la salud?, se pregunta el autor con el Evangelio en la mano.

El tema es oportuno. Como ha escrito el hermano Pierluigi Marchesi, ex General de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, «el voluntariado está naciendo en nuestra sociedad, aunque todavía se entiende como un *apéndice de la caridad*, cuando debe ser el inspirador de la nueva caridad del año 2000».

Analiza el carácter y organización del voluntariado para el Hospital, la Tercera Edad, la Drogodependencia, el SIDA, el Tercer Mundo.

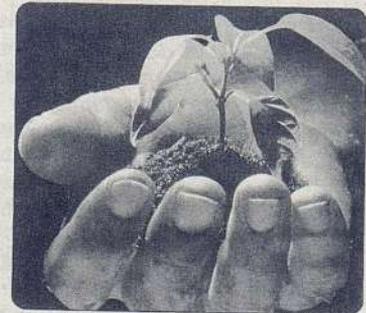
Desde la perspectiva de la nueva evangelización afronta el reto de las congregaciones religiosas propietarias de centros sanitarios.

**Francisco Sola: VOLUNTARIADO CRISTIANO Y MUNDO DE LA SALUD.**  
Editorial PPC, col. Pastoral Aplicada, núm. 182, Madrid, 1991.

### VOLUNTARIADO CRISTIANO Y MUNDO DE LA SALUD

Sentido. Misión.  
Cómo organizarlo en la parroquia.

FRANCISCO SOLA



# Respuesta desde Holanda

LH

V-1

## OPCIONES EN LA ATENCIÓN SANITARIA

*Extracto del Informe del Comité, presidido por el doctor A. J. Dunning, nombrado por el Primer Ministro de Holanda R. F. M. Lubbers en agosto de 1990. El informe fue publicado el 14 de noviembre de 1990.*

Todas las sociedades han empezado a preocuparse de los problemas relacionados con las opciones del cuidado de la salud. Este informe resume los resultados de las deliberaciones de un comité, *Opciones en el Cuidado de la Salud*, establecido por el Ministerio del Bienestar, Salud y Temas Culturales de los Países Bajos con el fin de examinar estos tópicos en el contexto holandés. El informe tiene como objeto provocar un debate público sobre temas vinculados a opción y responsabilidad individual en el cuidado de la salud.

En los Países Bajos, el régimen de salud pública tiene como fin garantizar a todos el acceso necesario al cuidado de la salud. El pueblo holandés valora muy alto este acceso. Sin embargo, modificaciones en el sistema actual son necesarias. El gobierno ha propuesto cambios en el sistema de seguro de enfermedad y en el proceso de formulación de decisiones para así obtener una pauta destinada al suministro y demanda en el cuidado de la salud. Entre los motivos para justificar los cambios que se proponen se halla la poca disposición de la población de cubrir la financiación colectiva de los servicios y un mayor énfasis de parte de la sociedad holandesa en la responsabilidad individual.

En todas estas consideraciones, la dimensión europea es importante. Todos los temas que se discutirán en este informe sufrirán los efectos de la creciente integración económica y social de Europa. Este factor se destacó en la conferencia de Ministros Europeos de Sanidad en Noordwijk, Países Bajos, en octubre de 1991, donde se reunieron para examinar las *Opciones Críticas en el Cuidado de la Salud*. El debate puso de manifiesto la preocupación de los países europeos por los temas que se analizan en este informe.

### ¿POR QUÉ ES NECESARIO EJERCER OPCIONES?

Una razón importante por la que las opciones son necesarias es el envejecimiento de la sociedad, lo que lleva a una creciente demanda del cuidado de la salud y a una necesidad de un mayor cuidado hacia los enfermos crónicos, debido al

crecimiento de la tasa de desórdenes degenerativos crónicos entre las personas mayores. Otra razón es el acelerado cambio científico y tecnológico que atrae fondos y publicidad. Al mismo tiempo, los recursos financieros son limitados. Limitaciones en el futuro, incluyendo las que se describen en las proposiciones para la reforma del sistema holandés del cuidado de la salud, indican que la opción continuará siendo necesaria, e incluso más necesaria. Con el control del costo como finalidad central de la política del cuidado de la salud holandés, el aumento permitido en el cuidado de la salud es insuficiente para la consecución de los fines del Dutch Policy Paper 2000. Inevitablemente, la disminución colectiva de impuestos llevará consigo la exigencia de que los asegurados abonen una cuota proporcional a sus ingresos. En el sistema que se propone, la solidaridad en los ingresos y financiación colectiva continuarán en la conocida proporción del *seguro básico*, pero no se aplicará a lo demás.

El Comité reconoció que el tema de la opción tiene una dimensión cultural y ética, que lleva a preguntas de importancia. ¿Por qué buscan los ciudadanos la ayuda del sistema de salud, que connota una sociedad más medicalizada? ¿Cuál es el papel que juega el consumismo? Parece cierto que la tendencia hacia la medicalización irá en aumento.

El suministro de atención sanitaria crece también en tamaño y complejidad en parte por las razones también ya indicadas. Los desarrollos tecnológicos y científicos van unidos a la creciente especialización en la atención sanitaria y a la ampliación de la aplicación de los actuales métodos de diagnóstico y tratamiento. Las variaciones en las tasas de admisiones en los hospitales y en las prescripciones de los médicos indican que gran parte de esta ampliación puede no estar justificada. También crece el suministro como respuesta a la creciente demanda. El número de puestos de trabajo en el cuidado de la salud es también grande (el 11 % de todos los puestos profesionales en los Países Bajos) y continúa aumentando. Aunque algunas declaraciones han indicado la necesidad de un mayor número de ciertos especialistas y profesionales, estas *necesidades* con frecuencia no se pueden justificar por medio de investigación y análisis objetivos.

Las listas de espera para el cuidado de disminuidos mentales, de residencias para mayores, para enfermos crónicos y cuidado familiar van en aumento. Parece que la sociedad se inclina más a que el usuario pague parte de los gastos de estos cuidados. Estos grupos más débiles corren un gran riesgo de salir perjudicados en el proceso de la opción que seguirá. Por consiguiente, el Comité insiste en la necesidad de una

formulación explícita de la decisión si hay que proteger a estos grupos.

Para la mejora de las presiones sobre el sistema, se dan tres opciones:

1. **Disponer de más dinero para el cuidado de la salud.** Como ya se dijo, esta opción tiene límites.
2. **Ser más eficiente.** El Comité da una prioridad muy elevada a esta opción, y cree que se puede hacer mucho, pero también reconoce que una mayor eficiencia no puede impedir la necesidad de la opción.
3. **Hacer opciones explícitas sobre este cuidado.** Esta opción puede rehusar un tratamiento caro y eficiente a favor de otro más barato con un poco menos de eficiencia. Estas opciones son dolorosas, pero son necesarias para asegurar para todos un cuidado básico de la salud. Uno de los principales objetivos de este informe es desarrollar un método para realizar estas opciones.

Estas opciones no pueden ejercerse por medio de un proceso que vaya de arriba a abajo. Los políticos, gestores de seguros, médicos, y pacientes realizarán sus opciones desde sus propias perspectivas. Los fines del cuidado y la definición de las formas de cuidado necesarias deben desarrollarse en un debate público. El Comité tiene la intención de que este informe contribuya a este debate.

## SALUD Y CUIDADO NECESARIO

La forma y contenido del derecho al cuidado de la salud ha evolucionado durante décadas bajo un complejo conjunto de fuerzas. Una de ellas es la tensión entre una perspectiva según la cual los individuos son responsables de su salud y la otra perspectiva que cree que todos deberían gozar de las mismas oportunidades sanitarias y sociales y vivir un sentido de responsabilidad hacia los demás miembros de la sociedad. Mientras la población holandesa parece estar a favor de una progresiva responsabilidad por la salud propia, también rechaza el modelo de élite, según el cual la gente con mayor potencial económico tiene mejores oportunidades de obtener mejor cuidado. Al mismo tiempo, el valor de la libertad individual impide regulaciones que prohíban aquellas facilidades a las que no todos tienen acceso.

Puesto que las opciones son necesarias, se debe intentar describir el cuidado necesario. Existe la necesidad de un cuidado destinado a mantener o recobrar la salud, a cuidar y tratar la salud en detrimento, o a aliviar el sufrimiento. El Comité define la salud como la capacidad de funcionar de manera normal. Así pues, la necesidad del cuidado de la salud se relaciona a una limitación funcional o a un peligro de limitación. Sin embargo, se puede definir la *función normal* desde tres perspectivas:

1. **Enfoque individual.** Bajo esta perspectiva, la salud está ligada a la autodeterminación y a la autonomía. Es el balance entre lo que una persona quiere y lo que puede conseguir. Esto significa que la definición varía en gran manera entre persona y persona y que una definición íntegra ha de ser muy amplia. Permitir que los individuos decidan lo que necesitan impediría una definición del cuidado de la salud válida para toda la sociedad.
2. **Enfoque médico-profesional.** El profesional de la sanidad define la salud como una ausencia de enfermedad. La efi-

ciencia del cuidado se define objetivamente, siendo el criterio de mayor importancia el peligro a la vida y la dimensión de la función biológica normal. Esta definición no tiene en cuenta el funcionamiento psicológico de los individuos y sus circunstancias sociales.

3. **Enfoque con orientación comunitaria.** La salud se percibe aquí como una posibilidad de que todo miembro de la comunidad funcione de manera normal. Se da prioridad al cuidado que es esencial desde el punto de vista comunitario. Según esta perspectiva, el cuidado necesario incluiría el cuidado hospitalario y el de los enfermos mentales; asistencia médica conveniente, incluyendo los servicios sanitarios de urgencia y el cuidado intensivo; y el cuidado que dependerá de la extensión y gravedad de la enfermedad.

El Comité admite una jerarquía entre los tres enfoques, aun cuando no son mutuamente exclusivos. El Comité tiene la opinión de que el enfoque comunitario debería dirigir la formulación de decisiones en el macro-nivel. Esto supuesto, el enfoque profesional rige en el meso-nivel. El enfoque individual debería funcionar en el micro-nivel dentro de los límites definidos por los dos anteriores, o sea, en el nivel de la opción individual.

## SOLIDARIDAD Y RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL

Solidaridad es el discernimiento de la unidad y una disposición favorable a sobrellevar sus consecuencias. Unidad significa la presencia de un grupo de gente con un historial común y con convicciones e ideales propios. La solidaridad de grupo ha desempeñado un papel muy prominente en la historia del seguro de la salud. La solidaridad puede ser voluntaria; ésta se da cuando la gente se comporta con fines humanitarios, u obligatoria, como cuando el gobierno impone contribuciones a la población, con el fin de poder proveer servicios para todos.

La solidaridad obligatoria es, por muchas razones, un tema central en el seguro social de la salud. La más importante es la igualdad constitucional de la población holandesa. Otra razón es la de asegurar que los riesgos y beneficios a largo plazo han sido tenidos en cuenta en el acceso al cuidado de la salud.

Bajo el actual sistema del cuidado de la salud holandés, existen limitaciones considerables a la solidaridad obligatoria. Las propuestas gubernamentales están relacionadas, en parte, a peticiones de disminución de estas diferencias en la solidaridad. En el sistema de seguro revisado, todo habitante estará asegurado por un amplio paquete básico mediante el pago de una cuota proporcional a sus ingresos, lo que significa que existirá una solidaridad general extendida a toda la población.

La solidaridad puede ser restringida. El Comité ha considerado la posibilidad de efectuar restricciones basadas en la edad, estilo de vida, opciones personales, y reciprocidad (requiriendo haber participado en un programa de donación de sangre antes de poder recibir una transfusión). El Comité presenta razones contra cada uno de estos métodos, pues los considera restricciones en potencia hacia la solidaridad. Por otra parte, el Comité no ve ninguna dificultad en una restricción del cuidado basada en costos y beneficios.

## OPCIONES EN EL NUEVO SISTEMA

Aunque el sistema que se propone estará muy regulado, también está designado a producir un balance dinámico de intereses, especialmente por medio de contratos de seguro de salud y de acuerdos entre suministradores y pacientes. Los derechos del asegurado serán definidos por la ley, así como la cuota del seguro. Por el momento, es difícil predecir el futuro, pues se están considerando otros muchos cambios, como la simplificación de la ley del plan de hospitales y el desarrollo de una nueva ley sobre la calidad del seguro.

Los derechos del beneficiario del seguro se describirán por ley en términos funcionales que abarcarán naturaleza, contenido y extensión del cuidado. No se definirá en la ley quién proveerá el cuidado, dónde se otorgará, y ni bajo qué condiciones. Esto será detallado en el contrato de seguro. Todavía no está clara la especificación que contendrá el paquete básico, ni lo que se dejará por definir en el contrato de seguro.

Este sistema puede resultar escaso, por ejemplo cuando la capacidad es insuficiente o cuando la capacidad no se puede ejercitar. Si no se puede eliminar la escasez, el cuidado debe ser racionado. El racionamiento puede originar problemas, pues pueden aumentar los períodos de demora y podrían aparecer las listas de espera. El Comité cree que el racionamiento del cuidado esencial descrito en el paquete básico es inaceptable. Por consiguiente, si el racionamiento llega a ser necesario, se deberá excluir del paquete básico alguno de los cuidados que sea menos esencial y tenga menor prioridad.

Acerca de la admisión de nuevas tecnologías al cuidado de la salud, los controles gubernamentales funcionan principalmente en las áreas de las *grandes* tecnologías, como son cirugía del corazón y riñones artificiales. En las demás ocasiones, se deja la introducción de la innovación al mismo sistema del cuidado de la salud. Con frecuencia, una nueva tecnología ha entrado en un sistema sin ninguna valoración cuidadosa ya por presiones del personal médico profesional o del público. El cambio más importante en esta situación, bajo el nuevo sistema, ocurre ante la posibilidad de incluir o no incluir una nueva tecnología en el paquete básico.

El uso de la tecnología continuará siendo responsabilidad básica de los profesionales de la salud y de las facilidades, que deben garantizar una calidad adecuada de cuidado. El gobierno central es responsable de instaurar las condiciones necesarias entre suministradores, seguros y organizaciones de pacientes para obtener una calidad adecuada.

Uno de los fines del nuevo sistema es promover la competitividad, con la que se pretende obligar a las compañías de seguros de salud para que ofrezcan buen cuidado a un precio razonable. En cuanto lo permita la ley, los gestores de seguros adaptarán al contenido del paquete básico, las características del cuidado a los deseos del público. Sin embargo, este sistema causa problemas a pacientes vulnerables, irresponsables o a los que no están bien informados. Por ejemplo, esto ocurrirá con las facilidades de mucho costo para tratamientos a largo plazo. La calidad del tratamiento para los que necesitan cuidado crónico podría estar en peligro como resultado de la competitividad del precio entre las compañías de seguros. El Comité cree que la protección del débil, del vulnerable y de los no protegidos justificó la responsabilidad del gobierno que se adelanta más en este sector que en los demás sectores de la asistencia sanitaria.

## PRIORIDADES: CERRANDO LA PUERTA

En 1991, el Gabinete decidió incluir todas las clases de cuidado que consideró esenciales en el paquete básico, lo que significa aproximadamente un 95 % de los actuales servicios sanitarios. El paquete comprenderá la mayoría de cuidados de la salud, incluyendo el cuidado de pacientes internos y externos con problemas agudos y crónicos, la ayuda psicosocial, el cuidado de los desvalidos mental y físicamente, la atención dental, la fisioterapia y los productos farmacéuticos. El Gabinete parece asumir que todo cuidado incluido en el paquete básico no necesitará más evaluación. El Comité no está de acuerdo con esta presuposición. Esto equivaldría a dejar la puerta del cuidado de la salud abierta de par en par.

Debe ser posible cerrar la puerta. Aun cuando la decisión de incluir cierto servicio del cuidado de la salud, como base del paquete, será tomada por la legislación, la elaboración del cuidado, la descripción de los contenidos, la amplitud de los servicios y la naturaleza de las condiciones con las que se provee el servicio todavía deben ser definidos. Esto da la oportunidad de investigar los servicios y probablemente reducirlos a lo necesario y efectivo. Por ejemplo, se podría elaborar una lista de fármacos esenciales. Se podría poner límites a la fisioterapia. Se podrían poner condiciones, como revisión o indicaciones.

El estado americano de Oregón ha desarrollado un método para establecer prioridades en el cuidado de la salud que contiene elementos que podrían ser útiles en los Países Bajos. El sistema contiene tres pasos:

1. Colocar las combinaciones de diagnósticos/tratamientos en categorías, y ordenarlas por orden de prioridad basada en tres criterios: valor para la comunidad, valor para el potencial del paciente, y requeridas por un paquete básico.
2. Ordenar las combinaciones de diagnóstico/tratamiento por categorías según su neto valor añadido.
3. Sopesar los resultados usando criterios de *racionalidad*, como son la influencia en la salud pública, el costo del tratamiento, el número de casos, eficiencia del tratamiento, y costos sociales de la utilización u omisión del tratamiento.

El Comité cree que los servicios contenidos en el paquete básico deben satisfacer cuatro criterios, el cuidado debe ser necesario, efectivo, eficiente, y no puede dejarse a la responsabilidad individual. Uno puede imaginarse los cuatro criterios formando una especie de conducto con cuatro redes que almacenan ciertas clases de cuidado, mientras las demás pasan a través de ellas.

La *primera* red retiene los servicios innecesarios, basado en un enfoque orientado hacia la comunidad. La *segunda* selecciona según la efectividad, y sólo permite el paso de la que ha sido confirmada y documentada como efectiva. La *tercera* red selecciona según la eficiencia que puede ser medida por métodos como el análisis de costo/eficiencia. La *cuarta* red retiene los servicios cuya responsabilidad puede dejarse al individuo. El Comité cree que todos los servicios retenidos en cualquiera de las cuatro redes no necesitan estar incluidos en el paquete básico.

Siguiendo el ejemplo de Oregón, los tres pasos en la toma de decisiones se podrían interpretar. Primero, se pueden identificar y ordenar categorías de combinaciones de tratamientos-diagnósticos y otorgarles prioridades de acuerdo con un enfoque orientado hacia la comunidad. El segundo paso consiste en considerar el costo/eficiencia de cada combinación.

Finalmente, las decisiones sobre el paquete básico pueden estar asentadas en los cuatro criterios arriba mencionados.

En el informe se analizan ejemplos. Siguiendo un examen semejante al descrito arriba, la fertilización in vitro no se considera apropiada para el paquete básico. De la misma manera, según el Comité, las medicinas homeopáticas y la atención dental para adultos podrían ser excluidas del paquete básico. Sin embargo, se encuentran apropiadas para el paquete básico las lesiones deportivas y la admisión a residencias para mayores. Así, el informe proporciona un método para determinar lo que debería ser parte del paquete básico.

Con todo, el gestor de seguros podría ofrecer seguros básicos para diferentes modalidades, si éstas se especifican en el contrato. Se podrían imaginar muchas limitaciones dentro de los contratos que podrían promover la eficiencia, como son la restricción en la elección de proveedores de la salud, definiendo las indicaciones para determinadas prestaciones, o requiriendo niveles de calidad. Asimismo, estos contratos podrían permitir considerable libertad para las preferencias del paciente. El Comité urge que las organizaciones de paciente-consumidor evalúen modos de proceder según el punto de vista del usuario y desarrollen informes para los consumidores basados en estas evaluaciones.

## **RACIONAR: ¿QUIÉN ES EL SIGUIENTE?**

Racionar es la distribución de recursos disponibles sólo en cantidades limitadas. El método común de racionamiento son las listas de espera.

Las listas de espera en la asistencia sanitaria son comunes. Sin embargo, las listas se convierten en un problema cuando el número de gente en las mismas aumenta y los tiempos de espera se prolongan. Este problema ocurre, de manera especial, cuando la demora en la admisión o tratamiento puede ser perjudicial a la salud. En los Países Bajos, se presupone que los pacientes sin urgencia podrían ser admitidos en el hospital al cabo de 13 semanas, los pacientes con cierta urgencia, dentro de las 4 semanas y los pacientes con urgencia, antes de 7 días. Con todo, las largas listas de espera ya son cosa normal dentro del cuidado de la salud holandesa, incluso tratándose de pacientes seriamente afectados como es el caso en el cuidado de enfermos mentales y en la admisión a hospitales privados. Un estudio llegó a la conclusión de que 1 de cada 3 pacientes espera demasiado tiempo antes de poder ser admitido en el hospital. Estas esperas son especialmente prolongadas cuando se trata de cirugía ortopédica, cirugía plástica, y cirugía general.

Las listas de espera no indican necesariamente serios problemas, que pueden ser debidos a una inadecuada administración. Por ejemplo, los pacientes pueden quizás presentarse a más de una facilidad simultáneamente, con la esperanza de tener más probabilidades de admisión. Los médicos también amplían la indicación para determinados tratamientos específicos, lo que puede ampliar las listas de espera, aun cuando el potencial para aplicar el tratamiento va en aumento. En los Países Bajos esto ocurre con la angioplastia coronaria transluminal percutánea (PTCA).

La lista de espera es un fenómeno extraño, y apela a la imaginación. Por ejemplo, en Noruega, se asignaron recursos extraordinarios a ciertos procedimientos con el fin de disminuir las listas de espera. Sin embargo, el resultado fue que se presentaron muchos más pacientes que antes, y las listas de

espera crecieron. Esta y otras experiencias condujeron a un examen mucho más crítico de las listas de espera. Se necesita una considerable intuición médica y administrativa para evaluar correctamente una lista de espera.

La admisión en la lista de espera ha de llevarse a cabo según criterios evidentes. El orden debe decidirse de acuerdo con la potencial pérdida de salud. Para el cuidado curativo, sólo son válidos criterios de admisión médica, como son la naturaleza y severidad de las condiciones. Las listas de espera para el cuidado de enfermería y otras diligencias, criterios no-médicos pueden ser importantes, como sería la presencia de un *partner*.

La posición en la lista de espera debe también decidirse basándose en criterios explícitos. En cuanto al orden a seguir en una lista de espera curativa, la probabilidad de éxito es también importante. Uno debe prestar atención a no introducir en estas listas criterios sociales, incluso los que se disfrazan como criterios médicos, como es la edad (en algunas circunstancias).

Si los servicios se usan completa y eficientemente y todavía permanecen las listas de espera, los recursos financieros pueden incrementarse. Si esto no es posible, quizás sea necesario ejercer opciones entre listas de espera. En otras palabras, algunos servicios deberán ser excluidos del paquete básico a fin de poder restringir las listas de espera a aquellos servicios con prioridad más elevada.

El tamaño de las listas de espera está relacionada con la calidad del cuidado. Se necesitan estándares para determinar el tiempo de espera aceptable en diferentes listas. Por ejemplo, estos estándares podrían ser descritos en los contratos entre profesionales de la salud y beneficiarios del seguro. El Comité cree que el gobierno debería tomar la iniciativa a fin de conseguir que los problemas que originan las listas de espera fueran más fáciles de manipular.

## **INNOVACIÓN: ¿DEBERÍA HACERSE TODO LO QUE ES POSIBLE?**

La tecnología del cuidado de la salud incluye fármacos, equipamiento e instrumentos, técnicas y métodos médicos y quirúrgicos, y sistemas de organización y soporte dentro de los cuales se suministra el cuidado médico. La tecnología médica comprende facilidades técnicas en su sentido más estricto: fármacos, equipamiento y técnicas. El desarrollo de la tecnología médica tiende a ser autónomo, y se ha hecho un considerable esfuerzo en el control de estos procesos, por el bien de la sociedad.

La rapidez del desarrollo ha creado problemas en los Países Bajos. Nuevas tecnologías llegan de todas partes del mundo. Las tecnologías no son suficientemente evaluadas, excepto en el caso de fármacos. Como resultado, las tecnologías se someten a un proceso informal de evaluación que puede prolongarse durante años. Con frecuencia, nuevas y viejas tecnologías coexisten. Aun cuando los problemas sobre la difusión rápida no puede solucionarlos un país pequeño como es Holanda, los sistemas actuales de evaluación podrían ser mejorados y ampliados.

Como en la mayoría de países industrializados, sólo los fármacos y las facilidades especiales y de gran costo están sometidos a un sistema explícito de admisión en el cuidado de la salud. El Comité señala, que, con frecuencia, la identificación, asesoramiento, y toma de decisiones sobre la tecnología médica carecen de claridad, son ineficaces e incompletos. Sin em-

bargo, un cambio importante se ha efectuado por medio del Fondo para la Investigación Médica, establecido en 1987, cuyo trabajo consiste en patrocinar investigaciones sobre tecnologías médicas importantes para las políticas sanitarias.

¿Tiene, en realidad, el gobierno una responsabilidad en la innovación de la tecnología médica? El Comité cree que en el enfoque orientado a la comunidad los aspectos sociales deberían tener un papel importante en el desarrollo y admisión de nuevas tecnologías. Por consiguiente, el gobierno tiene una responsabilidad en la evaluación y debe ejercer su influencia en los desarrollos tecnológicos. El Comité ha analizado las estrategias siguientes:

1. Controles del proceso de innovación en el estadio primordial, podrían llevarse a cabo dentro del contexto de la CE, especialmente prestando más atención al desarrollo de las tecnologías de ayuda a pacientes con condiciones crónicas comunes.
2. El Comité urge una investigación más orientada hacia la asistencia e investigación aplicada a enfermedades crónicas en los Países Bajos.
3. El Comité cree que determinados tipos de desarrollo de la tecnología deben estar sujetos a restricción al ser indeseables desde el punto de vista social. Por lo menos, el dinero público podría destinarse a problemas de mayor importancia. La investigación industrial debería también estar sujeta a reglas que definirían estándares aceptables de investigación y normas generales para la promoción industrial de productos.
4. El Comité urge que equipamiento e instrumentos sean evaluados y catalogados en cuanto a su seguridad y eficiencia antes de ser puestos a la venta. Técnicas y métodos deberían también ser evaluados con mayor meticulosidad.
5. El Fondo para la Investigación Médica ya ha cambiado su énfasis para costear estudios sobre los gastos y beneficios de los nuevos desarrollos. Para el futuro el Comité insiste que el Fondo puede prestar más atención a la identificación de tipos de cuidados actuales ineficaces e ineficientes.
6. El Comité cree que se deberían establecer prioridades de investigación para el desarrollo médico. Las implicaciones éticas, legales y sociales también merecen mayor atención.
7. Varias fuentes contribuyen al costo de la investigación sobre tecnología médica. Estas fuentes deben coordinarse a fin de asegurar que los resultados vayan encaminados a fines sociales.

Resumiendo, el Comité reconoce que aunque se ha avanzado mucho en la identificación, evaluación y sanción de las nuevas tecnologías médicas, los modos de proceder podrían y deberían ser más efectivos.

### **CUIDADO RESPONSABLE: EL TRIGO Y LA PAJA**

La mayoría de opciones en el cuidado de la salud se realizan en el consultorio, en la mesa de operaciones, en la cabecera. Los estudios demuestran que hay muchas diferencias de enfoque entre médicos, nacionales e internacionales, y determinan con frecuencia acciones ineficientes, innecesarias o inútiles. A los médicos, como también a otros profesionales, se les ha concedido un alto grado de autonomía. El Comité propone restricciones a la libertad del médico de colaborar con su paciente individual como a él/ella le parece conforme.

El Comité ha resaltado dos áreas: supervisión de la cali-

dad de los procedimientos médicos y la relación médico-paciente. Sobre los primeros otros grupos, como seguros, instituciones, y pacientes deben estar implicados en la formulación de estándares sobre la calidad. En cuanto a la segunda, el profesional debe ser responsable ante toda la sociedad por el cuidado administrado, especialmente en lo que se refiere a los costos. El profesional debe aceptar parte de la responsabilidad que lleva consigo una distribución eficiente y justificable de los recursos limitados.

El Comité analizó algunos casos en lo que se refiere al cuidado adecuado o inadecuado. La psicoterapia con frecuencia parece útil, pero no ha sido suficientemente evaluada, especialmente cuando se prolonga largo tiempo. La fisioterapia tampoco ha sido generalmente bien evaluada y los que practican la medicina parece que prolongan demasiado la terapia de los pacientes. En cuanto a los fármacos, se han puesto a la venta con exceso y sus precios son desmesuradamente caros, por ello el Comité estuvo a favor de la introducción de una lista de fármacos nacionales esenciales con precios moderados y de listas de los fármacos que no se pagarán.

El Comité ha planteado algunas estrategias para un cuidado conveniente. El profesional de medicina debería ser más activo en la preparación de procedimientos para tomar decisiones que se precisan en situaciones con probabilidades bajas de éxito médico. De la misma manera, las profesiones podrían fijar estándares y orientaciones y utilizarlas para garantizar la calidad del cuidado. El papel que juegan los seguros va progresando en esta área. Las compañías deberían comprometerse más en lo que se refiere a calidad y cuidado conveniente. Al mismo tiempo, sería útil tener más especialistas clínicos participando en la supervisión de las decisiones. El paciente individual y las organizaciones de pacientes y consumidores pueden también promocionar el uso apropiado del cuidado de la salud. Finalmente, profesores e investigadores, por medio de sus actos, tienen una responsabilidad especial de ejercer su influencia en el futuro con una dirección constructiva.

El Comité deposita la responsabilidad del cuidado adecuado en la profesión y sus organizaciones. Sin embargo, deben trabajar con terceros en la sociedad en el desarrollo de estándares para un cuidado adecuado.

### **RECOMENDACIONES**

El Comité ha expresado con claridad su opinión de que las opciones en el cuidado de la salud son inevitables y necesarias. En la formulación de decisiones, el Comité prefiere un enfoque orientado a la comunidad en el que los derechos del individuo y la autonomía profesional estén limitados por los intereses de la equidad y de la solidaridad en el cuidado de la salud. A este fin, el Comité ha enumerado un número de estrategias, incluyendo la restricción de los derechos del asegurado, el uso de listas de espera, la sanción de tecnologías médicas, y la atención adecuada del cuidado de la salud. Para poner en la práctica estas estrategias, el Comité elabora estas importantes recomendaciones:

1. El Comité recomienda que el Gabinete aplique los cuatro criterios que siguen antes de transferir los tipos de cuidado que existen en la actualidad al paquete básico.
  - ¿Se trata de un cuidado necesario bajo el punto de vista comunitario?
  - ¿Se ha demostrado su eficacia?

- ¿Es eficiente?
  - ¿Se puede transferir a la responsabilidad del individuo?
2. El Comité recomienda que el Gabinete utilice también estos criterios en la descripción legal de derechos que contendrá el paquete básico. A los gestores de seguros y al asegurado se les debe permitir que, dentro del marco legal, ejerzan su propia opción en la observancia de un determinado modo de proceder.
  3. El Comité aconseja al Gabinete que proteja legalmente la calidad del cuidado de los deficientes mentales y físicos, de los mayores con inferioridades mentales, y de los pacientes psiquiátricos frente a las desventajas potenciales de la competencia reglamentada.
  4. El Comité aconseja al Gabinete que promueva la investigación de los costos del cuidado de la salud que se ofrece, de manera especial de los tipos de cuidado cuyos costos son elevados y cuyos beneficios parecen ser pocos e inciertos.

### **Recomendaciones sobre listas de espera y del racionamiento del cuidado**

5. El Comité opina que las listas de espera deben, en primer lugar, estar basadas en criterios médicos. Deben ser públicas y accesibles a evaluación, y debe establecerse un período crítico de espera. La comparación entre listas de espera es posible y necesaria e indicará las prioridades con el fin de restringirlas.
6. El Comité cree que cuando el tiempo de espera o el racionamiento del cuidado de la salud es inaceptable, las prioridades deben ser revisadas. Las menos urgentes podrían ser excluidas del paquete básico legalmente definido y de este modo eliminar los problemas de espera y racionamiento.

### **Recomendaciones sobre la nueva tecnología**

7. El Comité recomienda que la tecnología médica, sobre todo el equipamiento, mecanismos, y sus aplicaciones, estén sujetos a los mismos requerimientos de eficacia y seguridad que los fármacos si han de ser aprobados para el cuidado de la salud. Este trabajo debe llevarlo a cabo una agencia independiente.
8. El Comité cree que el Gobierno debe reaccionar con mayor rapidez y eficiencia que en el pasado en la dirección de la tecnología médica que se presenta, y por consiguiente la investigación, identificación, aprobación deben ser perfeccionadas y coordinadas con mayor eficacia.

9. El Comité cree que la dirección y comprobación de la tecnología médica es un trabajo que pertenece al gobierno quien debe desarrollarlos más en colaboración con la comunidad europea.

### **Recomendaciones acerca del uso adecuado de la asistencia sanitaria**

10. El Comité siente que el profesional de la salud debe ser responsable de sus actos, y de las implicaciones financieras que se siguen. Se necesita una supervisión eficiente e independiente de esta responsabilidad.
11. Las asociaciones científicas, organizaciones profesionales, y facilidades sanitarias deben tomar la iniciativa en la preparación de protocolos, orientaciones y listas esenciales para el cuidado adecuado; los seguros y las organizaciones de pacientes deberían tomar parte en las discusiones sobre estos estándares. Es, por consiguiente, deseable llegar a una descripción del cuidado marginal, es decir, aquel cuidado de la salud cuyos costos son elevados y los beneficios pocos e inciertos.
12. Se debería promocionar la calidad del cuidado entre los profesionales de la salud por medio de incentivos de tipo económico.
13. En la educación de los profesionales de la salud se debe prestar especial atención a los aspectos económicos, éticos, legales y psicológicos del cuidado de la salud.
14. Las compañías de seguros de salud deben contribuir a la creación de pólizas que inciten el uso apropiado y así pueda haber competitividad en cuando al precio y a la calidad.

### **Recomendaciones sobre opciones y debates públicos**

15. Le parece al Comité que se debe dar a pacientes y gestores de seguros, que ejercen opciones sobre el cuidado de la salud, información crítica e independiente en lo que se refiere al contenido de la póliza del seguro y la posibilidad de limitación en el cuidado que se da.
16. El Comité cree que es necesario que el gobierno estimule amplios debates públicos sobre opciones en el cuidado de la salud. El Comité cree que esta discusión pública, planteada según las recomendaciones del informe, crearía el consenso social, deseable para tomar una decisión sobre la forma de proceder.
17. El Comité cree que las organizaciones paciente/consumidor y otros grupos sociales deberían tomar parte en el debate público sobre opciones en el cuidado de la salud y la responsabilidad individual del asegurado.

# Ética del racionamiento de los recursos de salud

LH

VI-1

## ¿JUSTICIA PARA TODOS?\*

John E. Curley, Jr. U.S.

Presidente de la Catholic Health Association

Ya sea en editoriales de periódicos, en telediaris, en la negociación de contratos sindicales, en el Capitol Hill, o en conversaciones en el trabajo o en familia, cada día se pone mayor atención al cuidado de la salud. Y gran parte de aquel interés se centra en los casi mil quinientos millones de dólares que se gastan todos los días en este país en servicios médicos. Con todo, a pesar del dinero desembolsado, nuestra sociedad no puede proporcionar el cuidado adecuado a todos sus ciudadanos. El incremento de los no asegurados —que se calcula en 37 millones de americanos— tiende a tener peor salud a causa del retraso o denegación del cuidado. Cómo destinar mejor los recursos para proporcionar una prestación sanitaria básica se va convirtiendo en un tema esencial en la política pública.

La «Catholic Health Association» de los Estados Unidos (CHA) cree, basándose en su misión y valores, que todos los miembros de la sociedad comparten la obligación de reconocer que la prestación sanitaria es un derecho de todo americano —no sólo de los que pueden pagar por el mismo. Sin embargo, por desgracia, también reconocemos que ninguna Sociedad puede permitirse el lujo de proporcionar todas las prestaciones sanitarias que representen un beneficio potencial para todos. El problema es ahora comprobar si ciertos ejemplos de latente o patente racionamiento de prestación sanitaria son en verdad equitativos.

La sociedad tiene una obligación ética general de salir al encuentro de los que necesitan ayuda. Por consiguiente, el impedir que la gente tenga acceso a servicios médicos potencialmente beneficiosos, pone de manifiesto serios problemas éticos. Algunas personas pueden sufrir deterioros de importancia cuando se les deniegan servicios médicos potencialmente beneficiosos. Y se puede poner en peligro la dignidad de individuos cuando son excluidos de la prestación sanitaria, especialmente si esta prestación sanitaria está al alcance de otros.

Inspirados por un nuevo ambiente político marcado por demandas explícitas al gobierno para que racione la prestación sanitaria de modo sistemático, CHA ha preparado el documento ¿Justicia para todos? Ética del racionamiento de los recursos de salud, para encaminar y dar forma a estrategias éticamente justificables en la distribución de recursos sanitarios limitados, a nivel de población, estado o nación. Los criterios éticos de esta publicación pueden ayudar a determinar si algunas propuestas de racionamiento de la prestación sanitaria son dignas de apoyo. Además de esto, pueden utilizarse para valorar la aceptabilidad ética del racionamiento de facto inherente en el actual sistema de prestación sanitaria. Así pues, ¿Justicia para todos? ofrece un armazón ético para el análisis de un tema complicado y con frecuencia controvertido de manera que trascienda los aspectos meramente económicos de costos y beneficios.

### UNA DEFINICIÓN

*El racionamiento en la asistencia sanitaria consiste en la restricción, por medio de políticas sanitarias, de prestaciones que si bien son potencialmente beneficiosas, tienen que restringirse porque los recursos disponibles son limitados.*

### RESUMEN

Un creciente número de miembros de la Administración Pública está convencido que no es posible mantener el promedio actual del gasto en prestación sanitaria sin limitar la capacidad de la nación de enfrentarse a otras prioridades socialmente importantes. Las predicciones oficiales conjeturan que en nueve años Estados Unidos destinará el 15 % de su producto nacional bruto (PNB) a la prestación sanitaria. En este ambiente la idea de racionar la prestación sanitaria ha sido el detonante para un contencioso debate ético.

Uno de los puntos de discordia es la definición de racionamiento y las medidas y prácticas que merecen el título de racionamiento. Al enfrentarse al tema, CHA define el racionamiento como la restricción por medio de políticas sanitarias, de prestaciones que, si bien son potencialmente beneficiosas, tienen que restringirse porque los recursos disponibles son limitados. Se escogió esta definición, pues la denegación de los servicios puede ser perjudicial a la gente y la definición es lo suficiente amplia para incluir formas directas e intencionales de racionamiento.

A medida que aumenta la presión para detener el incremento de los costos, es probable que varios tipos de racionamiento sean más comunes. De hecho, analistas y planificadores de políticas de la salud solicitan a la Administración programas sistémicos de racionamiento de prestación sanitaria. Estas demandas explícitas de racionamiento —apoyadas y defendidas públicamente— representan una nueva línea de decisión en la política de la salud. Estas tentativas sistémicas de excluir al pueblo del acceso a servicios potencialmente provechosos sugieren la necesidad de un conjunto de criterios éticos de referencia para la evaluación de formas actuales o futuras de racionamiento.

\* Agradecemos a John E. Curley, presidente de la Asociación Católica de Sanidad de EE.UU., el permitirnos traducir y reproducir su estudio en nuestra revista.

El contexto de valor de los ocho criterios que contiene el documento *¿Justicia para todos?* deriva del pensamiento social católico. Específicamente, los valores sociales que informan los criterios siguientes son: compromiso al trabajo para el bien común; respeto a la dignidad humana; «una opción preferencial por los pobres»; y una administración responsable de los recursos necesarios para salvaguardar la vida.

Los ocho criterios para evaluar el racionamiento de prestación sanitaria son:

1. **La necesidad del racionamiento de los recursos sanitarios ha de ser demostrable.** Puesto que puede amenazar la vida y la salud de la gente, el racionamiento de estos recursos debe ser éticamente justificado.
2. **El racionamiento ha de estar orientado al bien común.** La política pública debe reflejar la idea de que la prestación sanitaria es un bien social que pertenece a todos.
3. **Un nivel básico de prestación sanitaria debe estar a disposición de todos.** La justicia exige que cualquier iniciativa gubernamental de racionamiento asegure un nivel básico de prestación sanitaria para todos como un derecho fundamental.
4. **El racionamiento debe ser para todos.** Un sistema de racionamiento que permitiera a algunos el acceso a lo que desearan y estableciera límites en los servicios para los menos seguros económicamente no sería equitativo.
5. **El racionamiento debe ser el resultado de un proceso abierto y en el que participan todos.** Puesto que el racionamiento afecta a todos, todos deben tener una manera de participar en el proceso que crea y distribuye las cargas que lleva consigo.
6. **La prestación sanitaria de las personas con desventajas tiene una prioridad ética.** Supuestas las condiciones típicas, peligrosas para la salud en que las personas desaventajadas viven, la política de la prestación sanitaria debería mostrar, en primer lugar, una tendencia favorable que primara la mejora de su estado de salud.
7. **El racionamiento debe estar libre de toda discriminación injusta.** Ni el proceso del racionamiento ni sus resultados deberían comprender ninguna discriminación injusta basada en edad, género, raza, religión, origen, educación, lugar de residencia, inclinación sexual, capacidad económica, o supuesto valor social.
8. **Los efectos sociales y económicos del racionamiento de prestación sanitaria deben estar sujetos a control.** La probabilidad que del racionamiento resulten efectos dañinos, a pesar de las buenas intenciones, pide una legislación y controles de seguridad junto con una disposición favorable de parte de la Administración Pública para vigilar los programas de racionamiento que puedan resultar desproporcionalmente perjudiciales.

La aplicación de estos criterios éticos a propuestas concretas de racionamiento es una empresa muy compleja. Una propuesta puede no ser consecuente con todos los criterios; sin embargo, la propuesta debería representar un progreso significativo hacia la satisfacción de estos criterios éticos. Finalmente, debates sobre el racionamiento pueden ayudar a centrar la atención en el desafío de mayor alcance como el de diseñar un sistema de prestación sanitaria en los Estados Unidos, más racional y satisfactorio.

## INTRODUCCIÓN

En el mes de mayo de 1990, la *Catholic Health Association* (CHA, a partir de ahora) nombró un grupo de trabajo con la finalidad de elaborar un conjunto de criterios éticos, fundados en la doctrina social de la Iglesia, que permitieran valorar el método o métodos de restringir o racionar los recursos sanitarios, que son limitados.

*¿Justicia para todos? La ética del racionamiento de los recursos de salud*, es el resultado del examen de las políticas y prácticas que atañen a la asignación de recursos sanitarios, llevado a cabo por el grupo interdisciplinar de trabajo. Trabajando con las Divisiones de Teología, Misión, Ética y Servicios Gubernamentales de la CHA, el grupo desarrolló criterios de racionamiento que están integrados en los Principios de CHA sobre la Reforma Sistémica del Servicio Médico.

Los ocho criterios incluidos en esta publicación fueron adoptados por el Consejo de Administración de la CHA en febrero 1991, como camino hacia una:

- *Guía* de las contribuciones de la CHA al debate nacional sobre la distribución equitativa de los servicios de salud.
- Ayuda a la CHA a *evaluar* las políticas presentes y futuras destinadas a distribuir los recursos escasos de la salud.
- Ayuda a los miembros de la CHA para *formular* estrategias éticamente aceptables en la distribución de recursos sanitarios a nivel local, estatal y nacional.

El documento *¿Justicia para todos?* y el que le precedió *Diseñando el Futuro: Principios para una Reforma Sanitaria Sistémica* ofrecen principios y criterios éticos que deben ser utilizados por la CHA, sus miembros y estrategias al valorar si los programas de prestación sanitaria actuales y aquéllos en estudio ofrecen a todos un nivel básico de prestación sanitaria. Estas publicaciones, dentro del contexto de la enseñanza social católica y la misión del ministerio sanitario, completan anteriores informes de la CHA desde el informe de 1986 del Grupo de Trabajo sobre Atención Sanitaria a los Pobres, *No hay sitio en el Mercado: La Atención Sanitaria de los Pobres*, que abogó por una reforma global como método preferido para conseguir un acceso universal a la prestación sanitaria. Estas publicaciones, juntas, sirven como pautas directivas para el debate actual en la reforma de los cuidados de la salud en los Estados Unidos. Todas estas publicaciones insisten en una prudente administración de los recursos limitados y equidad en la distribución de los servicios.

## CONTEXTO SOCIAL

### PRÁCTICAS DE RACIONAMIENTO Y PROPUESTAS

#### Telón de fondo

**Prioridades.** Uno de los problemas más enojosos en los temas de la reciente política nacional en los Estados Unidos es el de cómo distribuir los limitados recursos sanitarios. Un creciente número de estrategias están convencidos de que no es posible sostener el actual porcentaje de crecimiento de los gastos de la prestación sanitaria sin con ello limitar la capacidad de la nación de enfrentarse a prioridades socialmente importantes, como educación, alojamiento asequible y trans-

porte. Paradójicamente, el rápido crecimiento en los gastos de la prestación sanitaria incluso frustra la capacidad de los Estados Unidos de alcanzar importantes fines en la prestación sanitaria como es el acceso universal: programas de salud pública, especialmente para madres y niños, y cuidados a largo plazo para los ancianos.

**Aumento de gasto.** Los desembolsos son impresionantes e inspiran moderación. De 1950 a 1987 la proporción del Producto Nacional Bruto destinado a la prestación sanitaria personal se triplicó llegando a casi el 11,5 %<sup>1</sup>. Esta tendencia al gasto continuó en los años 1990 consumiendo cerca de 650.000 millones de dólares por prestación sanitaria en 1990, el 12 % de su PNB. Cotizaciones oficiales estiman que en nueve años los Estados Unidos dedicarán el 15 % de su PNB al cuidado de la salud<sup>2</sup>.

**Control del gasto.** Ninguna sociedad puede proveer todos los servicios sanitarios que pueden producir potencialmente un provecho a cada uno de sus miembros. Además toda sociedad tiene objetivos importantes además de la prestación sanitaria. Supuestas todas estas realidades los estrategas de los Estados Unidos han pasado los últimos veinte años procurando controlar los gastos de la prestación sanitaria. Se intentan muchas estrategias a fin de perfeccionar la eficiencia de las prestaciones de salud y la reducción de servicios de inferior calidad cuyo provecho es dudoso. El ahorro potencial de estas estrategias puede ser substancial. Sin embargo, algunos analistas señalan que estos beneficios son ahorros iniciales y no serán suficientes para disminuir los futuros gastos de la prestación sanitaria que se originarán por la introducción continua de mayor y más cara tecnología. Cada año, los proveedores de la prestación sanitaria en los Estados Unidos pueden facilitar más provecho para un número mayor de gente, con frecuencia con un coste substancial. Por lo que algunos creen que, «...el aumento de los costos sanitarios podrá contenerse substancialmente sólo si estamos preparados a racionar las prestaciones...»<sup>3</sup>.

### Racionamiento: Problema de definición

**Definiciones en conflicto.** En este contexto la noción de racionamiento de las prestaciones sanitarias ha encendido un contencioso debate ético. A veces el debate ha sido confuso por definiciones opuestas sobre el término racionamiento y por la falta de acuerdo sobre las prácticas que deberían incluir. Con frecuencia diferentes definiciones compiten entre sí para obtener apoyo ético y político<sup>4</sup>. Dos, entre ellas, merecen ser comentadas aquí. La primera es la definición común de racionamiento que el diccionario describe como la distribución equitativa de recursos escasos. En este sentido, el racionamiento tiene como objetivo conseguir un mejor acceso para todos.

La otra definición es la que viene estipulada en esta ponencia sobre política de salud: *la restricción, por medio de políticas sanitarias, de prestaciones que si bien son potencialmente beneficiosas, tienen que restringirse porque los recursos dis-*

ponibles son limitados. Ésta es la definición que se asume en la Sección 3. Se aplica a prácticas y políticas tanto deliberadas como no deliberadas que limitan la disponibilidad de las prestaciones.

### Racionamiento: Distribución equitativa

**Justicia (fairness) colectiva.** Las definiciones del diccionario tienen cierta categoría normativa. Sin embargo, en el actual debate sobre el racionamiento de recursos sanitarios, tienen un valor limitado porque definen el racionamiento como equitativo sin someter los casos individuales a un escrutinio ético. En una definición de un diccionario corriente se lee: «distribuir con equidad»<sup>5</sup>. Otro afirma que el racionamiento «lleva consigo... con frecuencia la misma participación... extendida libremente a las cosas que escasean y que se ponen a disposición por igual o con equidad según la necesidad»<sup>6</sup>. Un ejemplo típico de esto es el racionamiento en los Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial. En aquel contexto, racionamiento connotaba «un criterio nacional por el que los productos debían ser distribuidos según los estándares colectivos de prioridad y justicia...»<sup>7</sup>. Fue un medio para asegurar que todos los americanos no solamente participaran con justicia de los productos racionados (e.g., gasolina, azúcar), sino que las escaseces de la guerra gravarían a todos por igual.

Sin embargo, el modo en el que el término *racionamiento* es usado hoy en lenguaje vulgar, es muy diferente. El tema ahora es ver precisamente si ciertos ejemplos de racionamiento de la prestación sanitaria son, en verdad, equitativos.

### Racionamiento: Restricción de servicios

Como contraste, una definición de racionamiento de las prestaciones sanitarias significa que no se administran a todos los pacientes todos los tratamientos que podrían ser beneficiosos<sup>8</sup>. Los que proponen esta definición arguyen que el racionamiento es necesario para conseguir el freno del costo e introducir la disciplina necesaria a la creciente expectativa del público sobre la disponibilidad de recursos. Este racionamiento llamado *prescripción penosa* es un bien para la sociedad, según sus defensores.

**Potencialmente nociva.** Esta definición identifica claramente lo que es éticamente problemático en la definición de racionamiento, es decir, la posibilidad de que a algunos, si no a todos, se les denegarán los servicios. El racionamiento definido como denegación de servicios, es por lo menos, potencialmente nocivo, aún cuando pueda tener una utilidad social

1. Division of National Cost Estimates, Office of the Actuary, Health Care Financing Administration, «National Health Expenditures, 1986-2000», *Health Care Financing Review*, vol. 8, n.º 4, 1987, pp. 1-36.

2. Division of National Cost Estimates, pp. 1-36.

3. HENRY L. AARON y WILLIAM B. SCHWARTZ: *Rationing Health Care: The Choice before us*. Science, vol. 247, Jan. 26, 1990, pp. 418-422.

4. Como ejemplo de una diversidad de opiniones sobre la definición de racionamiento, véase los siguientes: ROBERT H. BLANK: *Rationing Medicine*, Columbia University Press, New York, 1988; LARRY R. CHURCHILL: *Rationing Health Care in America*, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN, 1987; HENRY L. AARON and WILLIAM B. SCHWARTZ: *Rationing Health Care: The Choice Before Us*, Science, vol. 247, Jan. 26, 1990, pp. 418-422; MICHAEL D. REAGAN: *Health Care Rationing: What Does It Mean?* The New England Journal of Medicine, vol. 319, n.º 17, Oct. 27, 1988, pp. 1149-1151; and REINHARD PRIESTER and ARTHUR L. CAPLAN: *Ethics, Cost Containment, and the Allocation of Scarce Resources*, Investigative Radiology, vol. 24, n.º 11, November 1988, pp. 918-926.

5. *Webster's New Collegiate Dictionary*, Springfield, MA, 1980.

6. *Webster's* como lo cita Reagan, p. 1150. Véase nota 4.

7. REAGAN, p. 1150. Véase nota 4.

8. HENRY L. AARON and WILLIAM B. SCHWARTZ: *The Painful Prescription: Rationing Hospital Care*. Brookings Institute, Washington DC, 1984.

como remedio para impedir el crecimiento de los costos de los servicios médicos y las expectativas irreales del público. Una preocupación ética particular es que el racionamiento puede perjudicar a gente que ya experimenta obstáculos para conseguir el acceso al sistema de prestación sanitaria, de modo especial los pobres. También, el riesgo que corren los ancianos y los incapacitados de quedar sujetos a un tratamiento discriminatorio por limitaciones más estrictas sobre los recursos.

**Opciones de la política de salud.** A pesar de los desacuerdos sobre la definición de racionamiento más adecuada, todos parecen entender que racionamiento significa que a todos o a algunos individuos se les excluye como beneficiarios potenciales de los servicios médicos. Algunas de las decisiones formadas a nivel *macro*, por funcionarios y representantes elegidos del gobierno no son consideradas como racionamiento por no apreciarse ninguna conexión entre estas decisiones y la actual restricción de los servicios. Sin embargo, muchas opciones de política sanitaria sobre distribución de recursos tienen como efecto la exclusión de prestaciones sanitarias potencialmente beneficiosas. Cuando las decisiones producen estos efectos deberían ser considerados como racionamiento médico.

### Definición de racionamiento utilizada aquí

**Responsabilidad ética.** En cualquier análisis de la ética del racionamiento de prestaciones de salud mucho dependerá de la definición que se utilice, y de cómo la definición se aplica a la práctica y a la política. Como ya se notó anteriormente, el análisis en esta ponencia define el racionamiento como restricción, por medio de políticas sanitarias, de prestaciones que si bien son potencialmente beneficiosas, tienen que restringirse porque los recursos disponibles son limitados. Dos fueron las razones por las que se eligió esta definición. En primer lugar, señala con claridad la preocupación ética, i.e., el posible daño que puede surgir por la negación de los servicios. Segundo, tiene la amplitud suficiente para abarcar las distintas formas de racionamiento por las que se puede imputar al gobierno como responsable, desde las normas deliberadas y directas a las menos intencionales que también tienen como resultado la negación de servicios. Por consiguiente, la definición usada en esta ponencia se aplica a las decisiones sobre normas públicas que contienen claros matices de racionamiento.

**Criterios éticos.** Aun cuando la restricción de servicios médicos potencialmente beneficiosos engendra problemas éticos de importancia, esta definición no puede ser utilizada por sí sola para elaborar un juicio ético decisivo en un caso concreto de racionamiento de prestación sanitaria. Esta definición se limita a señalar la necesidad de dar un justificación ética a la práctica o propuesta de racionamiento. Más en concreto, las prácticas o propuestas para el racionamiento de las prestaciones sanitarias deben ser contrastadas con criterios éticos que deben valorar la necesidad del racionamiento, los métodos que se proponen, y sus probables resultados.

### Opciones deliberadas

**Directas e indirectas.** El racionamiento, tal como se ha definido, se da en el sistema de prestaciones actual. Las opciones deliberadas y decisiones individuales o a varios niveles

de gobierno, de grupos de seguros sanitarios y de los médicos concluyen todas en racionamiento. El racionamiento también ocurre indirectamente cuando las decisiones *no* han sido tomadas por estos individuos o grupos. Finalmente, el racionamiento ocurre por fallos al tratar temas sociales y económicos difíciles y por una ceguera general ante la situación de las personas con mayores necesidades en nuestra sociedad.

**Política de exclusión.** El racionamiento producto de las opciones políticas deliberadas por parte del gobierno, ocurre a través del programa Medicaid. Cuando el gobierno federal creó el programa Medicaid del estado federal en los años 1960, decidió no cubrir a todos los pobres. Salvo los ancianos o disminuidos, los siguientes quedan excluidos del programa sin tener en cuenta sus ingresos: adultos solteros sin hijos, parejas sin hijos, y adultos en muchas de las familias con padre y madre. Muchos estados tienen aún más limitaciones en la ayuda del Medicaid a los pobres al haber optado por imponer más barreras al programa.

### Barreras al programa Medicaid

- Los límites de acceso por ingresos han sido colocados bajo el nivel de pobreza<sup>9</sup>.
- Han sido ordenados límites o exclusiones de ciertos servicios médicos aun cuando estos servicios pudieran ser beneficiosos.
- Se han erigido barreras administrativas (e.g., papeleo burocrático) que afectan a proveedores y clientes.
- Muchos de los pobres que están cubiertos por Medicaid no pueden obtener tratamiento debido a pagos inadecuados y a otros factores que han desalentado a los médicos a prestarles sus servicios y a los hospitales privados de trabajar en áreas de bajo nivel socio-económico.

Estas medidas se han combinado de tal manera que la proporción de los pobres atendidos por Medicaid ha disminuido de un alto porcentaje del 63 % de los situados por debajo de la línea de pobreza según criterios federales en 1975 al 40 % de esta población en 1990<sup>10</sup>.

**Seguros inadecuados.** Una combinación de opciones de parte de la industria privada y del gobierno federal ha creado una pauta de seguros sanitarios, vinculados al empleo, con impresionantes consecuencias de racionamiento. Cerca de 17 millones de americanos no tienen ningún seguro, y de 60 a 70 millones tienen seguros insuficientes. La falta de un seguro médico adecuado crea serios obstáculos a la prestación sanitaria, lo que conduce a una restricción de facto de prestaciones potencialmente beneficiosas para muchos americanos. Los que no tienen seguro o lo tienen insuficiente son también desproporcionadamente pobres y miembros de minorías raciales y étnicas<sup>11</sup>.

9. La decisión política sobre dónde colocar este estándar viene motivada no sólo por los gastos de Medicaid, sino también por el costo detallado en el programa sobre Aid to Families with Dependent Children, a la que la pertenencia a la Medicaid está vinculada.

10. Comité Especial del Senado de los Estados Unidos sobre vejez, derivado del Current Population Survey de 1986.

11. El U.S.D. Census Bureau informa que 63 millones de americanos, más del 25 % de la población de Estados Unidos, carecían de protección de seguro médico, por lo menos durante un mes en el período 1985-1987. CHARLES NELSON y KATHLEEN SHORT: *Health Insurance Coverage, 1986-1988*, Bureau of Census. U.S. Department of Commerce, Current Population Reports, *Household Economic Studies*, series, p. 70, n.º 17, March 1990.

Durante los años 1980, el número de americanos excluido del sistema de

**Segmentación por línea roja.** La falta de disponibilidad del seguro médico constituye también un problema que se va extendiendo hacia los americanos con ingresos medios y a aquellos con ciertas discapacitaciones y dolencias. Muchos se encuentran excluidos de los beneficios del seguro a causa del costo y otros por la creciente práctica del *redlining*. Por ejemplo, individuos y empresarios de poca importancia se encuentran cada vez más «fuera del alcance del precio» del mercado del seguro médico privado. Así también muchas compañías de seguros estigmatizan con una *línea roja* y no ofrecen cobertura, bajo ningún precio, a individuos con condiciones preexistentes (e.g., diabetes, VIH seropositivos, enfermedades del corazón). Los seguros privados y otros abonadores han abandonado el sistema de primas comunitarias (una única cuota, un paquete de beneficios para todos) y experimentan con la tasa de segmentación (cuota y beneficios a la medida de un grupo o individuo) en función de su riesgo.

**Acceso desigual.** Como resultado de estas opciones, el mercado del seguro médico ha sufrido un gran deterioro. A muchos americanos, con verdadera necesidad de cuidado sanitario, se les ha negado la cobertura creando así la categoría de los *no asegurables*<sup>12</sup>. Es importante notar que el desigual acceso al seguro médico da, con frecuencia, como resultado el desigual acceso a los servicios médicos y a una desigual calidad de salud entre los que se ven desposeídos de aquellos servicios<sup>13</sup>. Finalmente, la introducción de deducciones muy elevadas y de la participación en el gasto de los planes del seguro pueden desanimar incluso a personas aseguradas a solicitar la prestación sanitaria que necesitan.

### Racionamiento inintencionado

**Cambios de lugar y de práctica.** Además del racionamiento producto de opciones públicas y privadas, también ha surgido el racionamiento sin intención, por ejemplo, algunos médicos han cambiado su práctica por razones competitivas o para sacar partido de los cambios debidos a las nuevas tecnologías. Muchos médicos y hospitales trasladan su ubicación siguiendo los movimientos de la población. Por ello, muchas de estas decisiones, conllevan sin ninguna intención, la privación de servicios médicos potencialmente beneficiosos, especialmente a los pobres.

### Tendencia al racionamiento

**Racionamiento de facto.** La confluencia de estas acciones deliberadas e indeliberadas, con el paso del tiempo, ha configurado un modelo en los Estados Unidos de seguros y presta-

seguro médico público y privado aumentó en un 25 % a más de 32 millones de gente, o el 15 % de la población. KATHERINE SWARTZ: *The Medically Uninsured: Special Focus on Workers*. The Urban Institute Press, Washington, DC, July 1989.

12. MALCOLM GLADWELL: *Health Insurers Grapple with Fairness*. Nov. 22, 1990, and *Uninsured Get Less Care*, Jan. 16, 1991, The Washington Post.

13. Por ejemplo, en 1982, el estado de California excluyó de su programa de Medicaid (Medi-Cal) 270.000 adultos *médicamente indigentes*. Éstos eran los trabajadores pobres con un total de 250 \$ a 500 \$ por mes, que no cumplían las condiciones para el subsidio. Como es evidente, no podían pagar por su cuidado médico pero el estado asumía que recibirían cuidado médico de sus respectivos distritos. Un estudio de 186 de entre esta gente con el fin de determinar si se veían perjudicados de algún modo reveló que consiguientemente murieron siete y que su acceso a tratamiento y su global estado de salud empeoró. N. LURIE et al.: *Termination from Medi-Cal: Does it Affect Health?* The New England Journal of Medicine, vol. 311, 1984, pp. 480-484.

ciones de servicios de salud, con grandes lagunas. Sólo recientemente se ha reconocido que este modelo implica en realidad: un racionamiento sanitario *de facto*. Un creciente número de americanos sufre un racionamiento sanitario por su incapacidad de pagar, por su tipo de seguro, edad, desinterés del personal sanitario, ubicación geográfica, clase de enfermedad, lugar de empleo, y suerte.

**Un beneficio restringido.** A medida que continúan subiendo los costos y se acrecienta la presión para contenerlos, es probable que diferentes formas de racionamiento médico se vuelvan más prevalentes. Con mayor frecuencia la cobertura por medio del seguro médico, se convierte en un beneficio a disposición solamente de los que gozan de buena salud y de los económicamente aventajados.

### Una nueva línea divisoria

**Un racionamiento explícito.** En una elaboración más reciente, algunos analistas y responsables de políticas sanitarias exigen el cumplimiento de explícitos programas sistémicos de racionamiento de prestaciones sanitarias públicas que puedan ser justificados y defendidos abiertamente. Estas propuestas que pretenden la institucionalización eficaz de la restricción de servicios médicos potencialmente beneficiosos se basan en dos factores convergentes: 1) un deseo de conseguir un acceso más equitativo a aquellos servicios que se proveen y 2) poner límites fiscales o políticos a los recursos sanitarios asignados por el gobierno. Supuesta la explícita apelación al racionamiento, estas propuestas representan una nueva línea en la política sanitaria.

### La propuesta de Oregón

**Examen de los problemas éticos.** Una iniciativa de racionamiento a nivel estatal, la Oregon Basic Health Service Act 1989 (véase apéndice A), propone ampliar la cobertura médica de todos los habitantes de Oregón por debajo de la línea de pobreza dando prioridad a todos los servicios cubiertos por Medicaid. Considerado por muchos como un experimento en el racionamiento sistémico de los servicios médicos, la iniciativa de Oregón aviva el calor del debate nacional. Exaltando explícitamente temas que han estado por mucho tiempo adormecidos en la conciencia nacional, obliga a la sociedad a admitir el hecho desagradable de que en realidad está racionando la prestación sanitaria. Por consiguiente, ello la obliga a reexaminar los problemas éticos que se originaron por falta de equidad en el modo que se costea y distribuye actualmente la atención sanitaria. Más importante, sin embargo, la propuesta de Oregón pone de relieve profundos problemas éticos y políticos en lo que se refiere a la negación explícita de prestaciones sanitarias potencialmente beneficiosas pero costosas a ciertos grupos de gente.

### Valoración ética

**Carga injusta.** Cuando no se administran servicios médicos que son innecesarios o cuyo valor es dudoso, se originan pocas cuestiones éticas. Sin embargo, cuando se niega el acceso a servicios potencialmente beneficiosos, surgen serios problemas éticos. En primer lugar, existe una obligación ética de acudir en ayuda de los necesitados, incluidos aquellos con necesidades médicas. En segundo lugar, cuando no se admi-

nistran servicios potencialmente beneficiosos, las personas afectadas pueden sufrir daños de importancia. En tercer lugar la dignidad de las personas puede estar en peligro cuando se les niega el cuidado sanitario especialmente si el mismo cuidado está a disposición de otros. Los que experimentan el racionamiento corren el riesgo de quedar aislados de las estructuras de la comunidad sobre ayuda mutua y cuidado. Se encuentran por consiguiente separadas de la mayoría de las personas que no sufren las consecuencias de este racionamiento. Finalmente, la restricción de servicios potencialmente beneficiosos puede ser injusta. Dependiendo del modo en que se usa, el racionamiento puede significar tratar de modo diferente a gente con idénticas necesidades. Este tratamiento diferencial puede imponer cargas injustas a algunos con sufrimientos, minusvalías, y muertes prematuras de las que otros se liberan. Por lo cual, el racionamiento de la prestación sanitaria puede afectar negativamente, de modo muy significativo las perspectivas y oportunidades vitales.

Es con frecuencia difícil asignar responsabilidad ética por el racionamiento que actualmente se da en los Estados Unidos. Todos los americanos comparten en parte la responsabilidad de haber permitido el desarrollo de pautas de racionamiento que han creado injusticias en la disponibilidad de servicios médicos. Individuos particulares e instituciones privadas tienen también cierto nivel de responsabilidad por sus actos y por sus omisiones negligentes.

La responsabilidad más patente pertenece sin embargo al gobierno en todos sus niveles, tanto por las pautas de racionamiento que han surgido como por las políticas de racionamiento por las que pueda optar en el futuro. Puesto que el gobierno representa a la sociedad, debe dar cuenta de su fallo en el adecuado enfoque de los temas médicos, y por las consecuencias de sus actos, aun cuando éstos, no sean intencionados. Finalmente, cuando el gobierno adopta políticas sanitarias que directamente tienden a la restricción de prestaciones sanitarias beneficiosas, su responsabilidad alcanza un nivel muy elevado.

**Guía Ética.** Por consiguiente, se necesitan criterios orientadores en el nuevo ambiente político marcado por la explícita exigencia del gobierno de racionar las prestaciones sanitarias. Los criterios éticos pueden ayudar a la gente a determinar si estas nuevas propuestas de racionamiento sistemático son dignas de apoyo. Estos criterios pueden también ser utilizados para valorar la aceptabilidad de las actuales pautas de racionamiento, especialmente aquellas diseñadas primariamente por decisiones gubernamentales en el pasado, tanto si estas decisiones buscaron deliberadamente el racionamiento o no. Finalmente, los criterios pueden ser usados para comparar antiguas y nuevas propuestas.

## EL CONTEXTO DE VALOR

### EL PENSAMIENTO SOCIAL CATÓLICO

**Valores.** Antes de examinar los ocho criterios detallados en este artículo, necesarios para dar un juicio ético sobre cualquier práctica o propuesta para el racionamiento de prestaciones sanitarias, es necesario comprender el contexto de valor del cual fluyen. En breves palabras, los valores sociales católicos que informan y dirigen su formulación son:

- *El bien común* que se alcanza cuando comunidades con intereses y responsabilidades comunes, trabajan todas a una.
- *La dignidad humana* que comprende vida, integridad corporal, y los medios para un desarrollo adecuado de la vida.
- El bien común y la protección de la dignidad exigen una *opción preferencial por los pobres*.
- Una *administración responsable* requiere la utilización prudente y cuidadosa de los recursos necesarios para sustentar la vida.

### El bien común y la atención sanitaria

**Interdependencia económica.** Se consigue el bien común cuando las condiciones económicas, políticas y sociales que predominan permiten a «grupos y miembros de los mismos un relativo y fácil acceso a su propio desarrollo»<sup>14</sup>.

«El bien común no puede ser reducido simplemente a la voluntad de la mayoría, ni es sinónimo a la mayor cantidad de bien para el mayor número de personas». Es más, el bien común se consigue cuando comunidades con intereses y responsabilidades comunes trabajan para todos. En la prestación sanitaria, el bien común es un ideal que presupone iniciativas de parte de todos los sectores de la sociedad, incluidos los que se dedican a la prestación sanitaria, a la industria del seguro y el gobierno. En la práctica, el bien común exige solidaridad, es decir, compromiso ético para hacer lo necesario para crear formas constructivas de interdependencia social, política y económica.

**Responsabilidad del gobierno.** El gobierno, en todos sus niveles tiene que interpretar el especial papel de incrementar el bien común. Como representante de la sociedad, el gobierno tiene la responsabilidad de garantizar el orden público y asegurarse de que todas las necesidades básicas para la vida humana de todos hallan su satisfacción. Las instituciones privadas y grupos voluntarios son también responsables de suministrar el servicio médico a los que lo necesitan. Sin embargo, cuando el sistema de prestaciones deja de cumplir su cometido o niega a la gente el acceso al cuidado básico, el gobierno tiene la obligación de actuar por ellos y por el bien de la sociedad en general.

### Dignidad humana y prestación sanitaria

**Realizado en la comunidad.** La dignidad inherente a la persona humana es el verdadero fundamento de la interdependencia entre la vida personal y social. Los líderes sanitarios católicos, junto con muchos que profesan otras tradiciones, entran en el debate público sobre el racionamiento de la prestación sanitaria con la creencia religiosa básica de que cada vida humana es sagrada. Esta creencia en el valor incalculable de cada persona es el fundamento de la entrega moral a la protección y promoción de la dignidad humana. La dignidad humana comprende vida, integridad corporal y los medios necesarios para el desarrollo de la vida uno de los cuales es la prestación sanitaria<sup>15</sup>. La dignidad humana se realiza por medio de la participación en común; se ve amenazada cuando las condiciones sociales y económicas imposibilitan

14. NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS: Economic Justice for All: Pastoral Letter on Catholic Social Teaching and the U.S. Economy. Washington, DC, Nov. 18, 1986, # 80.

15. El PAPA JUAN XXIII: *Pacem in Terris*, # 11.

esta participación. La negación al acceso a los servicios médicos básicos constituye esta amenaza a la dignidad humana.

**Obligación de la sociedad.** Estas creencias que dan origen a la afirmación del derecho a la atención sanitaria hallan su eco en el sentimiento público y en la ley. Aún cuando la atención sanitaria no es en la actualidad un derecho constitucionalmente protegido en los Estados Unidos, el gobierno interpreta un papel importante al asegurar ciertas prestaciones en la prestación sanitaria de los ancianos, pobres y discapacitados. Va creciendo un reconocimiento público de la obligación moral de la sociedad de asegurar un nivel adecuado de la prestación sanitaria para todos. Desde un punto de vista ético, unas de las funciones fundamentales del gobierno, actuando como representante de la sociedad, es la articulación y defensa de los derechos políticos y económicos. Dejar de reconocer estos derechos es un fallo en el reconocimiento de la dignidad humana. Una atención sanitaria adecuada es uno de estos derechos y está, por lo tanto, íntimamente ligado a la protección de la dignidad humana.

### Los pobres y la atención sanitaria

**Opción preferencial.** No se sirve al bien común cuando las condiciones sociales y políticas son inhumanas y amenazan a la dignidad humana. Los miembros de las comunidades religiosas han urgido siempre, como elemento de justicia, el cuidado de los individuos más vulnerables. Descuidar al pobre y desvalido constituye una amenaza a su dignidad. La sociedad que los trata con negligencia pone su misma conciencia en peligro. El bien común y la protección de la dignidad humana exige una «opción preferencial por los pobres», es decir, un compromiso de considerar la vida desde la perspectiva de aquellos que están desposeídos de estas necesidades vitales, de hablar por ellos, de defender sus intereses, y valorar las normas públicas de proceder por el impacto que producen en sus vidas<sup>16</sup>. Por consiguiente, es especialmente importante, y necesario analizar y juzgar el actual sistema de atención sanitaria y cualquier tentativa a su racionamiento desde la perspectiva de esos grupos.

### Administración responsable y atención sanitaria

**Recursos valiosos.** En la atención sanitaria, estos valores sociales se expresan de modo concreto por medio de una administración responsable. Este valor requiere una utilización prudente y cuidadosa de los recursos necesarios para sustentar la vida. Tiene su origen en la creencia de que toda vida y todos los recursos de la naturaleza y de la sociedad son dones de Dios. El más precioso de estos dones es la vida humana individual junto con las instituciones básicas de la familia, de la amistad y de la comunidad que sostienen la vida<sup>17</sup>. Otras instituciones sociales mayores en número, como la prestación sanitaria, creadas y mantenidas por el esfuerzo y talento de gente dedicada, trabajando conjuntamente, constituyen también un recurso humano de valía.

La obligación moral de usar los recursos sabiamente al ser-

16. Véase *No Room in the Marketplace: The Health Care of the Poor*, The Catholic Health Association of the United States, St. Louis, 1986, para una descripción de la «opción preferencial por los pobres», y el reto a la Iglesia contemporánea que se sigue de esta opción. Véase también *Economic Justice for All*, # 51.

17. *Economic Justice for All*, # 18.

vicio de la vida toma un significado específico y una urgencia cuando se aplica a la institución de la asistencia sanitaria moderna. Única entre las instituciones de carácter social, la atención sanitaria tiene como misión propia el cuidado del débil, enfermo y herido. Además de ser una institución social a la que se ha confiado la vida vulnerable, la atención sanitaria de los Estados Unidos es una empresa a gran escala que consume recursos de consideración. Por lo tanto, puesto que la sociedad necesita atención sanitaria y puesto que ésta resulta en la actualidad tan cara, la llamada a una administración responsable debe tomarse muy en serio.

**Distribución equitativa.** Incluso en situaciones de relativa afluencia, es moralmente inaceptable disipar o administrar con descuido los recursos humanos, la tecnología o el capital. Cuando algunos de estos recursos escasea, la obligación de usarlos cuidadosamente es más urgente. De la misma manera, la obligación general de distribuir los recursos médicos de modo equitativo es más urgente cuando éstos son escasos.

## CONTEXTO DE LA POLÍTICA PÚBLICA

### CRITERIOS ÉTICOS PARA EL RACIONAMIENTO

**Estándares de medición.** Los ocho criterios que siguen manifiestan los estándares con los que se pueden medir los actuales sistemas de atención sanitaria con las propuestas para un racionamiento sistémico. Pueden ser utilizados para inspirar y dirigir el desarrollo de las normas públicas. Del mismo modo, pueden servir para exigir las pertinentes responsabilidades a los representantes oficiales gubernamentales. En ambos casos, proporcionan una pauta de referencia para el racionamiento de la prestación sanitaria.

### La necesidad del racionamiento de prestaciones sanitarias ha de demostrarse

**Mayor eficiencia en el uso de los recursos.** Puesto que puede ser una amenaza contra la salud e incluso contra las vidas de los individuos, el racionamiento de prestaciones sanitarias precisa una vigorosa justificación ética. Un gobierno que proponga el racionamiento ha de poder demostrar que los límites perceptibles de los recursos disponibles para la prestación sanitaria son reales. Primero, deben tomarse medidas razonables para la eliminación de la ineficacia y descuido. Costos administrativos innecesarios y márgenes excesivos o provechosos deben ser excluidos. Tratamientos médicamente inadecuados deben ser disminuidos o eliminados. En pocas palabras, debe tomarse cualquier medida para asegurar que los recursos destinados a la atención sanitaria sean utilizados con la mayor eficiencia posible.

**Conseguir suficientes ingresos.** El gobierno en todos los niveles debe conseguir ingresos para poder cumplir con sus obligaciones y llevar a cabo sus funciones propias. Sería irresponsable que los ciudadanos y los representantes elegidos ignorasen o negasen la necesidad de un nivel de impuestos que pudiera conseguir que cierto nivel de atención sanitaria estuviera a disposición de todos. Sin lugar a dudas, el gobierno tiene, además de la prestación sanitaria, otras obligaciones

legítimas de contribuir a la educación, vivienda, seguridad pública, defensa, bienestar, etc. Sin embargo, el gasto del gobierno en la atención sanitaria, especialmente en algunos estados, puede estar proporcionalmente muy por debajo del gasto en otras prioridades. Para demostrar la necesidad del racionamiento de la atención sanitaria, el gobierno debe demostrar que la carga que se crea con impuestos adicionales sobrepasa el daño causado por la restricción de prestaciones potencialmente beneficiosas para los individuos. (Véase *apéndice B. Principios dos y ocho*)<sup>18</sup>.

### El racionamiento de las prestaciones sanitarias debe estar orientado hacia el bien común

**La atención sanitaria es un bien social.** Aunque las prestaciones sanitarias se ofrecen a individuos y familias, su administración debe estar orientada hacia el bien común. La atención sanitaria es un bien social que pertenece a la gente, no sólo porque un nivel básico de servicio médico es un derecho, sino también porque nuestro sistema de atención sanitaria ha sido desarrollado con el esfuerzo y colaboración de muchos individuos e instituciones, y con una considerable cantidad de fondos públicos. Además, el actual sistema médico se nutre de exenciones fiscales a individuos y a empresas privadas.

**Esperanzas limitadas.** El continuo desarrollo de tecnologías médicas y fármacos en los Estados Unidos y los éxitos clínicos que de ellos se derivaron han ampliado las expectativas del personal médico y del público. Estas innovaciones médicas añaden con frecuencia nuevos gastos de importancia al sistema médico. Sin embargo, ningún sistema puede comprometerse a satisfacer toda necesidad sanitaria dentro de un marco cuyas capacidades técnicas y gastos estén en constante y rápido crecimiento.

**Limitaciones equitativas.** La medicina clínica ha de estar siempre orientada hacia los mejores intereses del paciente individual. Sin embargo, las opciones políticas sanitarias relacionadas con la distribución de prestaciones que vayan más allá del que se considera un derecho individual ha de tener presente el bien común.

Un esquema de racionamiento, éticamente aceptable debe poner límites a los servicios médicos de alto costo, cuando esto sea necesario, de una manera equitativa para todos. Esto puede conllevar la adopción de medidas que limiten el acceso a tratamientos de muy elevado costo que son útiles sólo para pocos a fin de ampliar la disponibilidad de los servicios médicos más básicos a todos. (Véase *apéndice B, principio siete*). Los que deben tomar estas decisiones deberían comparar los intereses de los servicios médicos individuales con los mejores intereses de las comunidades locales, estatales y nacionales a fin de promover el bien común.

18. En abril de 1990 el CHA Board of Trustees aprobó nueve principios que cree que deben ser considerados en el debate sobre la reforma sistémica del cuidado médico en los Estados Unidos. Para la historia del desarrollo de estos principios en el contexto teológico en el que deberían ser considerados, como también el curso del CHA National Leadership Symposium on Systemic Healthcare Reform en Georgetown University, Washington DC, véase el documento, *Charting the Future: Principles for Systemic Healthcare Reform*, The Catholic Health Association, St. Louis, 1990.

En una ocasión se intentó allí relacionar cada criterio para el racionamiento de la atención sanitaria a un principio general para demostrar la compatibilidad de los dos grupos de normas directivas para la reforma del sistema de prestación sanitaria en los Estados Unidos.

### Un nivel básico de prestaciones sanitarias debería estar al alcance de todos

Nadie en los Estados Unidos debería verse privado de un nivel básico de la prestación sanitaria. (Véase *apéndice B. Principio uno*). La justicia exige que toda iniciativa gubernamental de racionamiento asegure por lo menos un nivel básico de atención sanitaria a todos como derecho fundamental. Aun cuando el debate sobre el conjunto de medidas continuará discutiéndose, un nivel básico de atención sanitaria debe incluir servicios que sean lo «suficientemente amplios para la promoción de buena salud, el suministro de tratamiento adecuado a personas enfermas y discapacitadas, y el cuidado de personas crónicamente enfermas o en trance de muerte». (Véase *apéndice B. Principio dos*). Conseguir este nivel básico para todos requerirá una redistribución de recursos dentro del sistema de atención a la salud.

### El racionamiento debería ser para todos

**Limitaciones para todos.** Un concepto fundamental de nuestra tradición religiosa exige que nos comportemos con los demás como deseamos que ellos se comporten con nosotros. Los que formulan y promulgan un sistema de racionamiento de prestaciones sanitarias son los que probablemente comprenden mejor sus efectos en los demás si ellos mismos han de vivir dentro de los límites que ellos imponen.

**Aplicación por igual.** Sin embargo, supuestas las condiciones actuales en los Estados Unidos, aquellos que han de enfrentarse con el racionamiento de prestaciones sanitarias son los pobres o los casi pobres. Es probable que los que elaboran y promulgan un sistema gubernamental de racionamiento no lo sean. Por consiguiente, a no ser que se satisfaga este criterio, los que con mayor probabilidad serán excluidos de la prestación sanitaria serán aquellos que en la sociedad tienen mayor necesidad, mientras los que limitan las prestaciones sanitarias serán los relativamente acomodados<sup>19</sup>.

**Preocupación mutua.** La visión social que enmarca este criterio presupone que la gente es responsable de los demás. El hecho de que la salud y el bienestar de algunos pueden correr riesgo, debería ser un motivo de preocupación para todos. Además, la salud política y moral de la comunidad nacional está íntimamente ligada a un vivo sentido de preo-

19. Se podría argüir que algunos podrían adquirir servicios no comprendidos en el paquete básico. Sin embargo se espera que este paquete de prestaciones sea suficientemente amplio para satisfacer a una gran mayoría de americanos, de tal manera que no quisieran «comprar fuera» (Véase *Apéndice B. Segundo Principio*).

Aquí hay dos importantes valores en conflicto. Uno es la fidelidad cultural al concepto de derechos individuales que, para algunos, significa que tienen el derecho de escoger cualquier servicio médico por el que pueden remunerar. El otro es un compromiso a la justicia social y a la equidad. La equidad se vería comprometida si un gran número de americanos obtuvieran su prestación sanitaria fuera de un sistema racionado y estuvieran de acuerdo con la eliminación de servicios médicos potencialmente beneficiosos para otros.

Prácticamente hablando, este criterio podría verse satisfecho si aquellos que «compraran fuera» de un sistema de racionamiento de prestación sanitaria constituyeran un porcentaje muy limitado de americanos. Si fueran demasiados los que escogieran «comprar fuera» el sistema de racionamiento constaría de una manera desproporcionada de los económicamente desaventajados y muy probablemente bajaría en objetivo y calidad. Una gran proporción de americanos «comprando fuera» sería también una potente señal política de que el sistema es insuficientemente amplio o seriamente deficiente en otros aspectos.

cupación y solidaridad social mutua que ha de trascender las diferencias en el estado económico.

**Solidaridad social.** El racionamiento de prestaciones sanitarias ha de promover y no socavar este sentido de solidaridad social que posibilita la realización de la dignidad humana. Sólo cuando el racionamiento se aplica a todos, puede darse la ocasión de compartir una dificultad común más que profundizar las separaciones entre ricos y pobres, viejos y jóvenes, y entre los grupos raciales. La equidad en el racionamiento sufriría detrimento si una minoría importante del público obtuviera su cuidado fuera del sistema oficial aprobando las limitaciones en los servicios destinados a aquellos menos seguros económicamente.

### **El racionamiento debe ser el resultado de un proceso abierto y participativo**

**Voz en el proceso.** Todos deben expresar su opinión en la creación de un sistema que les afectará. El racionamiento de la atención sanitaria suscita problemas substanciales sobre vida, muerte, y calidad de vida. Cuando hay restricción de prestaciones, algunos individuos pueden morir y otros podrán tener su salud gravemente comprometida. Por consiguiente, todos los individuos que pertenecen a una comunidad, deberían de algún modo tomar parte en el proceso que crea y distribuye los lastres del racionamiento. (*Véase apéndice B. Principios cinco y seis*).

**Interesores influyentes.** Muchos de los que reciben servicios inadecuados del sistema actual carecen de poder político para participar regularmente en decisiones que les afectan substancialmente. Deberían estar facultados para participar en decisiones sobre el racionamiento de prestaciones sanitarias y si ello no fuera posible deberían tener intercesores influyentes y conocedores de los procedimientos adecuados, que hablaran de la experiencia de los pobres.

### **La prestación sanitaria de las personas desaventajadas tiene una prioridad ética**

Las necesidades inatendidas de los pobres y de las personas no aseguradas, incluyendo las necesidades básicas de la prestación sanitaria, ocupan un lugar muy especial en la conciencia de los Estados Unidos. Cualquier propuesta gubernamental de racionamiento debería ser valorada desde aquella perspectiva y según el modo que afecta sus vidas.

**Demandas urgentes.** Los que se encuentran marginados por la sociedad —los que no pueden hablar por sí mismos, los que no tienen ningún poder, los sin derechos, los vulnerables— tienen la más urgente demanda de prestación sanitaria, pues son los menos afortunados en la sociedad. Los esquemas de racionamiento no deberían ser diseñados en perjuicio de esta gente.

Supuestas las condiciones, que amenazan sus vidas, en las que con frecuencia se ven forzados a vivir, sus demandas en un sistema de prestación sanitaria son éticamente más apremiantes, no menos. El desarrollo de una política de prestación sanitaria debería siempre proceder, en primer lugar, desde la perspectiva de las personas desaventajadas, con una inclinación favorable hacia el mejoramiento de su estado sanitario.

### **El racionamiento debe estar libre de discriminación errónea**

El racionamiento de los servicios médicos debe basarse en un compromiso de parte del público de respetar la dignidad humana de toda persona.

El proceso de racionamiento y sus resultados no deberían incluir ninguna discriminación injusta, basada en edad, género, raza, religión, nacionalidad de origen, educación, lugar de residencia, orientación sexual, poder económico, o presunto valor social<sup>20</sup>. Los mayores entre los ancianos, los más jóvenes, los debilitados física o mentalmente, y los que están en trance de muerte, todos personas con una dignidad incalculable, merecen prestación sanitaria. Los prejuicios sociales nunca deberían ser un factor que entre en consideración para decidir qué personas merecen un determinado tratamiento. A nadie se le debería negar prestación sanitaria por considerarlo personalmente indigno o incapaz de aportar, de una forma u otra, una contribución a la sociedad.

**Igualdad de tratamiento.** Un sistema de racionamiento éticamente aceptable debe verse también libre de la suposición de que algunas personas merecen menos prestación sanitaria, por el hecho de que sus estilos de vida fueron los culpables de su situación actual. Es importante urgir a la gente que cuiden su salud y que eviten hábitos relacionados a enfermedades. Toda persona tiene una obligación para consigo misma y para la comunidad de disminuir sus riesgos de incurrir en incapacidad y enfermedad. (*Véase apéndice B. Principios tres y cinco*).

### **Los efectos sociales y económicos del racionamiento de las prestaciones deben ser controlados**

**Evitar consecuencias inaceptables.** Incluso las iniciativas políticas de orden público bien intencionadas pueden tener consecuencias inaceptables cuando se ponen en cumplimiento. Una política de racionamiento de la atención sanitaria tendrá de por sí consecuencias intencionadas por la restricción de servicios médicos para algunos. La naturaleza y amplitud de las consecuencias perjudiciales producidas por esta decisión deben ser cuidadosamente controladas. (*Véase apéndice B. Principio nueve*).

**Medidas de protección.** Los líderes gubernamentales deben estar preparados a variar con rapidez un esquema de racionamiento a fin de eliminar o mejorar otras consecuencias imprevistas. A pesar de sus buenas intenciones, un sistema de racionamiento puede tener efectos negativos desproporcionados en las vidas de los pobres o casi pobres o puede conducir a la discriminación de grupos protegidos. La probabilidad de estas consecuencias dañinas exige salvaguardias legislativas y reglas junto con una disposición de revisar las estructuras de un plan de racionamiento.

**Los pacientes en primer lugar.** El cuidado y la confianza deben estar presentes en cualquier sistema de racionamiento de prestación sanitaria éticamente aceptable. Los proveedores de atención sanitaria deben estar en un entorno que les per-

20. La discriminación injusta no incluye una acción que resulte en beneficio de personas desaventajadas cuyas demandas en el sistema de prestación sanitaria tienen una prioridad ética en consonancia con la opción preferencial por los pobres. (*Véase el Sexto Criterio*).

mita administrar un cuidado afectivo y entregado a los pacientes aún cuando algunas formas de intervención médica deben ser restringidas. Los pacientes han de poder esperar que los proveedores de atención sanitaria reconocerán la obligación profesional de poner los intereses del paciente en primer lugar. El racionamiento no debería estar permitido cuando obra contra estos aspectos esenciales en relación con el cuidado de la salud.

## CONCLUSIÓN

**Racionando en el contexto.** El uso de estos criterios para valorar propuestas específicas del gobierno constituye un trabajo difícil y complejo. Muchos valores deben ser medidos y muchas preguntas factuales deben ser verificadas. Además, es importante que todas las sugerencias acerca del racionamiento sean evaluadas en el contexto de las pautas existentes de racionamiento y otras propuestas de reforma de la atención sanitaria.

Puede ocurrir que una propuesta no sea coherente con todos los criterios. Sin embargo, en su contexto global, ha de significar un progreso substancial hacia estos estándares éticos. Cuando no se ajusta a ellos con perfección, debería incluir una explicación clara y satisfactoria de la causa por la que no puede ajustarse a todos ellos. Sólo cuando se ofrezca esta explicación podrá una propuesta ser considerada «un paso en la dirección conveniente».

**Reforma sistemática.** El debate público y el desacuerdo entre propuestas que limitan explícita y sistemáticamente la disponibilidad de los servicios médicos pueden servir a los líderes nacionales a centrar su atención en el más amplio reto de diseñar un sistema sanitario en los Estados Unidos más racional y satisfactorio. Éste es un contexto adecuado en el que se puede organizar un debate sobre el racionamiento de prestaciones sanitarias.

## Apéndice A

### LA PROPUESTA DE OREGÓN

La Oregon Basic Health Services Act de 1989 se compone de tres leyes diferentes:

1. The Basic Health Benefits Act (SB 27). (Acta de los Beneficios Básicos de la Salud).
2. The Health Insurance Partnership Act (SB 935) (Acta de las Compañías de Seguros de la Salud).
3. The State Risk Pool Act (Sb 534). (Acta de Fondos Estatales Dedicados al Riesgo).

Brevemente se pueden resumir como sigue:

*Propuesta del Senado n.º 27, The Basic Health Benefit Act*, constituye la pieza central de la propuesta. Intenta extender la cobertura de la prestación sanitaria, ampliándola a todos los habitantes de Oregon, por debajo del nivel de pobreza, para que puedan afiliarse a Medicaid.

La propuesta incluye cuatro características adicionales. La

primera consiste en un *proceso para establecer prioridades* que determinen un grupo básico de beneficios. Las prioridades se establecerán preferentemente asignando fondos a aquellos servicios que se suponen más importantes para contribuir a la extensión y la calidad de vida. Si en la asignación de fondos surgen restricciones, los procedimientos con menor potencial de beneficio no se ofrecerán.

El poder legislativo de Oregon utilizará la lista de los servicios priorizados junto con sus costos para decidir los servicios o procedimientos que serán cubiertos por Medicaid. Se espera también, que la lista priorizada ayudará a la legislatura en sus decisiones financieras, quizás incitando un incremento en la financiación de Medicaid para servicios «en posiciones inferiores en la lista».

La segunda característica es la *administración a través de todo el estado con planes abonados de antemano y otros mecanismos*, como son administradores de la asistencia primaria, designados a contener los costos, asegurando al mismo tiempo acceso y coordinación en la atención.

La tercera característica es la *creación de escudos de responsabilidad legal* con el fin de inmunizar a los proveedores contra procesos legales o acciones disciplinarias por fallos en el suministro de cuidados no dotados de fondos por la legislación.

La cuarta característica es la *garantía de reembolso del costo* que los proveedores percibirán por la administración de servicios.

*Propuesta del Senado 935, The Health Insurance Partnership Act*, inicialmente alienta a los empresarios a proveer los beneficios del seguro de la salud a todos los empleados permanentes y a los que dependen de ellos. Los propietarios de pequeñas empresas que no hayan ofrecido hasta el presente seguro de salud a sus empleados pueden obtener una tasa de crédito, por lo menos del 75 % de la póliza. Como mínimo, los beneficios que se requieren deben incluir aquellos servicios médicos que reciben fondos según el proceso de establecimiento de prioridades de la SB 27. Comenzando en 1994, los empresarios (independientemente del tamaño) estarán obligados a proporcionar beneficios médicos por medio de un fondo común para empleados y sus dependientes. Los empresarios que no proporcionen seguro en una fecha determinada pagarán una contribución que de otra manera sería aproximada a la que ya deberían de por sí haber pagado al seguro. Los ingresos por estas contribuciones irán al fondo común que pueden también ser utilizados para asegurar el acceso a la prestación sanitaria de aquellos empleados que permanecieron sin seguro.

— *Senate Bill 534 the State Health Risk Pool Act*, establece un programa de fondo común de seguro médico a favor de los «médicamente no asegurables», personas inhabilitadas para entrar en el Medicaid y que no pueden obtener ningún seguro médico a causa de una condición médica preexistente. El estado y las compañías privadas subvencionan el fondo común.

Para el cumplimiento de la Oregon Basic Health Services Act, el gobierno federal ha de renunciar a los actuales estándares de admisión en el Medicaid. El estado de Oregon está actualmente intentando conseguir la renuncia.

## Apéndice B

### PRINCIPIOS DE REFORMA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD

#### Preámbulo

Nuestra doctrina católica nos indica que todo ser humano ha sido formado a imagen de Dios (Gen 1:27). Siendo así, todo ser humano posee una dignidad inherente que debe ser venerada; y todo ser humano tiene el derecho y la responsabilidad de llegar a la realización completa de aquella dignidad. A este fin, todos los miembros de la sociedad deben proteger y promocionar aquellos derechos que pertenecen esencialmente al significado de ser plenamente humanos<sup>1</sup>.

Nuestra fe, tradición y doctrina social católica nos enseñan que llegamos a nuestra plenitud como seres humanos sólo en relación con los demás. Dios nos ha llamado a constituir un pueblo, y como tal, obligado a una mutua responsabilidad. Por ello, somos especialmente responsables y vivimos en solidaridad con aquellos cuyos derechos son suprimidos o impugnados.

Como contraste a aquellas tradiciones individualistas que definen los derechos en términos de esferas de una autonomía individual y defienden que el gobierno tiene, por una parte, prohibida la interferencia con aquellos derechos, y por otra, debe defenderlos, nuestra fe tradicional describe los derechos humanos en términos de interdependencia entre la vida personal y social. Ella exige que las estructuras sociales estén constituidas de tal forma que promocionen la dignidad y el bienestar de todas las personas. Entre estos derechos<sup>2</sup> defendidos por nuestra fe y tradición se halla la atención sanitaria, sin la cual el potencial humano se ve impedido gravemente si no eliminado.

Millones de americanos carecen del acceso a la prestación sanitaria adecuada. El número de los que carecen de seguro o de los insuficientemente asegurados va en un aumento constante.

El sistema de prestación sanitaria de los Estados Unidos, tal como funciona ahora, no satisface las necesidades de todos los miembros de nuestra sociedad.

Nuestra justicia y fe tradicional exigen que se escuche a los que no tienen voz y que trabajemos por el reconocimiento de su dignidad humana y por el bien común. Como derecho de justicia y fieles a nuestra fe, exigimos una reforma del sistema de la atención sanitaria nacional<sup>3</sup>.

Como un paso hacia esta reforma, ofrecemos los principios generales que siguen, que no hemos ordenado por orden de prioridad, para que sirvan como contexto y como directivas generales.

1. En su encíclica *Pacem in Terris*, el papa Juan XXIII definió los derechos fundamentales humanos: «Toda persona tiene derecho a la vida, a la integridad corporal, y a los medios necesarios y convenientes para el adecuado desarrollo de la vida. Primariamente éstos son: alimentación, vestido, vivienda, descanso, prestación sanitaria, y finalmente, los servicios sociales necesarios...» (N.º 11).

2. *Pacem in Terris*, 11.

3. *No Room in the Marketplace: The Care of the Poor*, el informe de CHA Task Force on Health Care for the Poor, pidió esta reforma en 1986: «El grupo de trabajo reitera su creencia en que el seguro médico universal por orden federal es el mejor método para ampliar el acceso del pobre a la prestación sanitaria necesaria». El grupo de trabajo contempló esto como un objetivo último y necesario en 1986. En 1990, es todavía más urgente.

## PRINCIPIOS

### Primer principio general

**Acceso universal.** El acceso a aquellos servicios médicos necesarios para el desarrollo y sustento de la vida es un derecho humano básico.

### Segundo principio general

**Beneficios básicos extensos.** El gobierno federal debe determinar un nivel básico de servicios médicos suficientemente extensos para promover la buena salud, proveer el tratamiento apropiado a personas enfermas e inhabilitadas, y el cuidado a personas crónicamente enfermas o moribundas.

### Tercer principio general

**Responsabilidad compartida.** La protección, promoción, conservación y ampliación de la salud es una responsabilidad compartida por individuos y familias, negocios privados y organizaciones, agencias voluntarias y gobierno. Además el gobierno en todos sus niveles es primariamente responsable por la prevención o corrección de situaciones que amenazan la salud de la población.

### Cuarto principio general

**Libertad de conciencia.** El derecho de todos al libre ejercicio de sus creencias religiosas y éticas debe ser protegido en las políticas públicas de la prestación sanitaria.

### Quinto principio general

**Uso y destino de los recursos.** El sistema médico debe incluir:

- Destino de recursos médicos según las necesidades de la comunidad.
- Motivaciones a individuos para la práctica de buena salud.
- Medidas eficaces para asegurar el uso adecuado de los servicios.
- Pago adecuado, justo, sin retraso y predecible a los proveedores de la prestación sanitaria.
- Promoción del uso eficiente y conforme a la eficacia del costo de facilidades, equipo y servicios.
- Provisión para el sustento de la investigación, educación y formación.
- Estándares con los que se puedan medir estos objetivos.

### Sexto principio general

**Responsabilidad ante el público.** La política pública debe fijar una amplia participación de la comunidad en la identificación de las necesidades del cuidado de la salud, en el establecimiento de las prioridades, en la determinación de los beneficios básicos completos, y en la creación de estándares y mecanismos para evaluar el modo cómo este sistema de la prestación sanitaria satisface estas prioridades.

### Séptimo principio general

**Mejora de la calidad.** La política del sistema médico público debe garantizar que los procesos y los estándares se

han establecido y utilizado para evaluar y mejorar los resultados y para asegurar que los servicios de salud son adecuados.

### Octavo principio general

**Financiación.** La financiación de un suministro completo de servicios médicos básicos es una obligación de la sociedad. El gobierno federal debe garantizar que el sistema de financiación, impuesto a individuos, organizaciones y unidades gubernamentales se basará en una fórmula justa y progresiva.

### Noveno principio general

**Administración.** La estructura y reglamentación por la administración del sistema de la atención a la salud debe ser simple, coherente, y sensitivo, con eficacia en el costo y controlado y evaluado oportunamente a medida que transcurre el tiempo.

## Apéndice C

### CHA WORKING GROUP ON HEALTHCARE RATIONING

- Sr. M. Caritas Geary, SP*, Chairperson.  
*Charles J. Dougherty, PhD*, Director, Center for Health Policy and Ethics. Creighton University. Omaha, NE.  
*Timothy J. Eckels*, Project Manager. Lewin/ICF. Washington, DC.  
*E. Michael Flanagan, JD*, Partner. Gardner, Carton & Douglas. Washington, DC.  
*Sr. M. Caritas Geary, SP*, President. Mercy Hospital. Springfield, MA.  
*Sr. Monica Heeran, CSJP*, President & CEO. Health and Hospital Services. Bellevue, WA.  
*Rev. J. Bryan Hehir, ThD*, Professor of Christian Ethics. Kennedy Institute of Ethics. Georgetown University. Washington, DC.  
*Sr. Geraldine M. Hoyler, CSC*, Sisters of the Holy Cross. South Bend, IN.  
*Rev. Fred Kammer, SJ*, Health & Welfare Policy Advisor. United States Catholic Conference. Washington, DC.  
*Thomas C. Lawry*, Assistant Administrator for External Affairs. Sacred Heart General Hospital. Eugene, OR.  
*Bud Lee*, Vice President. California Association of Catholic Hospitals. Sacramento, CA.  
*Daniel P. Sulmasy, OFM, MD*, Assistant Chief of Services. Johns Hopkins University. Baltimore, MD.  
*Katherine Swartz, PhD*, Senior Research Associate. Urban Institute. Washington, DC.  
*CHA Staff*: William J. Cox. Rev. Joseph Kukura. Elizabeth McMillan, RSM, PhD. Jack E. Bresch.

## Apéndice D

### OUTSIDE REVIEWERS

Agradecemos a los expertos que generosamente revisaron el primer manuscrito de este documento aportando sugerencias y modificaciones que se han incluido en el redactado

final. El grupo de trabajo de la CHA es el único responsable de este documento. Los expertos que contribuyeron a la revisión son:

- Rev. Dennis Brodeur*, Vice president-stewardship. SSM Health Care System. St. Louis, MO.  
*Arthur L. Caplan*, Director. The Center of Biomedical Ethics. University of Minnesota, Minneapolis, MN.  
*Norman Daniels*, Professor of philosophy. Tufts University. Boston, MA.  
*Rev. John D. Golenski, SJ*, President. The Bioethics Consultation Group, Inc. Berkeley, CA.  
*Rev. James Hug, SJ*, Executive director. The Center of Concern. Washington, DC.  
*Bruce C. Vladeck*, President, United Hospital Fund of New York, NY.

## BIBLIOGRAFÍA

- AARON, HENRY, and SCHWARTZ, WILLIAM, B.: *Rationing Health Care: The Choice Before US*. Science, vol. 247, January 1990, pp. 418-422.  
— *The Painful Prescription: Rationing Hospital Care*. Brookings Institute, Washington, DC, 1984.  
BESHAROV, DOUGLAS, J., and SILVER, JESSICA DUNSA: *Rationing Access to Advanced Medical Techniques*. The Journal of Legal Medicine, vol. 8, n.º 4, 1987, pp. 507-532.  
BLANK, ROBERT, H.: *Rationing Medicine*. Columbia University Press, New York, 1988.  
CALLAHAN, DANIEL: *Allocating Health Resources*. Hastings Center Report, April/May 1988, pp. 14-20.  
— *Meeting Needs and Rationing Care*. Law, Medicine, and Health Care, vol. 16, Fall/Winter 1988, pp. 261-266.  
— *Setting Limits*. Simon & Schuster, New York, 1987.  
— *What Kind of Life?* Simon & Schuster, New York, 1990.  
CAPRON, ALEXANDER MORGAN: *United States of America. The Right to Health in the Americas: A Comparative Constitutional Study*. Pan American Health Organization, Washington, DC, 1989, pp. 498-520.  
CATHOLIC HEALTH ASSOCIATION OF THE UNITED STATES: *No Room in the Marketplace: The Health Care of the Poor*. St. Louis, 1986.  
CURCHILL, LARRY: *Rationing Health Care in America*. University of Notre Dame Press, Notre Dame, IN, 1987.  
DANIELS, NORMAN: *Am I My Parents' Keeper? An Essay on Justice Between the Young and the Old*. Oxford University Press, New York, 1988.  
DORR, DONAL: *Option for the Poor: A Hundred Years of Vatican Social Teaching*. Orbis Books, Maryknoll, NY, 1983.  
DOUGHERTY, CHARLES, J.: *American Health Care: Realities, Rights and Reforms*. Oxford University Press, New York, 1988.  
GRUMET, GERALD, W.: *Sounding Board, Health Care Rationing Through Inconvenience: The Third Party's Secret Weapon*. The New England Journal of Medicine. Vol. 321, n.º 9, Aug. 31, 1989, pp. 607-611.  
HENRIOT, PETER, J., DEBERRI, EDWARD, P., and SCHULTHEIS, MICHAEL, J.: *Catholic Social Teaching: Our Best Kept Secret*. Orbis Books, Maryknoll, NY, in association with Center of Concern, 1988.  
HOLLENBACH, DAVID: *Claims in Conflict: Retrieving and Renewing the Catholic Human Rights Tradition*. Paulist Press, New York, 1979.  
HUG, JAMES, E.: *Dimensions of the Healing Ministry*. Catholic Health Association, St. Louis, in association with the Center of Concern, 1989.  
IGLEHART, JOHN, K.: *From Research to Rationing: A Conversation with William B. Schwartz*. Health Affairs, Fall 1989, pp. 60-75.  
JECKER, NANCY, S. and PEARLMAN, ROBERT, A.: *Ethical Constraints in Rationing Medical Care by Age*. Journal of the American Geriatrics Society, vol. 37, November 1989, pp. 1067-1075.  
KLEIN, RUDOLF: *From Global Rationing to Target Setting in the U.K.* Hastings Center Report, July/August 1989, pp. 3-4.  
MACINTYRE, ALASDAIR: *Whose Justice? Which Rationality?* University of Notre Dame Press, Notre Dame, IN, 1988.  
MAGUIRE, DANIEL, C.: *A New American Justice*. Winston Press, Minneapolis, 1980.

MECHANIC, DAVID: *Social Policy, Technology and the Rationing of Health Care*. Medical Care Review, vol. 46, n.º 2, Summer 1989, pp. 113-120.

MENZEL, PAUL, T.: Review Essay on *Rationing Health Care in America* by LARRY, R. CHURCHILL, *American Health Care: Realities, Rights and Reforms* by CHARLES, J. Dougherty and *Should Medical Care Be Rationed by Age?* edited by Timothy, M. Smeeding, *Bioethics*, vol. 3, n.º 3, 1989, pp. 245-253.

— *Medical Costs, Moral Choices*. Yale University Press, New Haven, 1983.

— *Strong Medicine: The Ethical Rationing of Health Care*. Oxford University Press, New York, 1990.

NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS: *Economic Justice for All: Pastoral Letter on Catholic Social Teaching and the U.S. Economy*, Washington, DC, Nov. 18, 1986.

O'BRIEN, DAVID, J. and SHANNON, THOMAS, A., eds.: *Renewing the Earth: Catholic Documents on Peace, Justice, and Liberation*. Image Books, Garden City, NY, 1977.

PERRIN, KATHLEEN: *Rationing Health Care: Should It Be Done?* Journal of Gerontological Nursing, vol. 15, n.º 9, September 1989, pp. 10-14.

THE POPE JOHN CENTER: *Scarce Medical Resources and Justice*. Braintree, MA, 1987.

RAWLS, JOHN, A.: *A Theory of Justice*. The Belknap Press of Harvard University, Cambridge, 1971.

REAGAN, MICHAEL: *Health Care Rationing: A Problem in Ethics and Policy* (review essay on *Rationing Medicine* by ROBERT, H. BLANK: *Setting Limits* by DANIEL CALLAHAN: *Rationing Health Care in America* by LARRY, R. CHURCHILL, and *Am I My Parents' Keeper?* by NORMAN DANIELS), *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 14, n.º 3, Fall 1989, pp. 627-633.

SMEEDING, TIMOTHY, M., with MARGARET, P. BATTIN, LESLIE, P. FRANCIS, and BRUCE, M. SANDESMAN: *Should Medical Care be Rationed by age?* Rowman and Littlefield, Totowa, NJ, 1987.

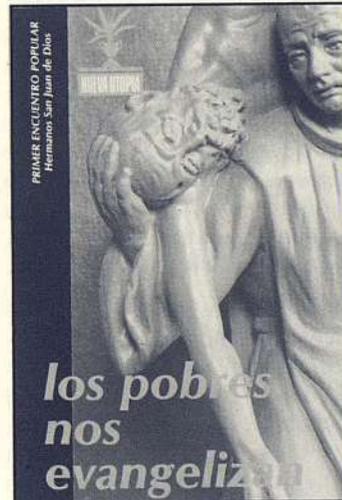
WALZER, MICHAEL: *Spheres of Justice: A Defense of Pluralism and Equality*. Basic Books, Inc., New York, 1983.

## NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS



### DERECHOS DE LA PERSONA EN SITUACIÓN TERMINAL

Pedidos a LABOR HOSPITALARIA.  
P.V.P.: 100 ptas. (+ gastos de envío)



### LOS POBRES NOS EVANGELIZAN

Publicado por NUEVA UTOPIA,  
recoge las ponencias del I Encuentro Popular  
celebrado en Madrid el pasado año organizado  
por los Hermanos de San Juan de Dios.  
De venta en librerías religiosas.

# Valoración de la vida trascendente

LH  
VII-1

## CIENTÍFICOS Y MÉDICOS DEBEN ESTAR SIEMPRE AL SERVICIO DE LA VIDA

Discurso de Juan Pablo II a dos grupos de científicos promovidos por la Pontificia Academia de Ciencias (21 de octubre de 1985).

Señoras y señores:

1. Doy a todos vosotros mi más cordial bienvenida. Y me alegro con la Pontificia Academia de Ciencias y su ilustre presidente, profesor Carlos Chagas, por el éxito de reunir a dos grupos de tan distinguidos científicos para reflexionar sobre los temas *La prolongación artificial de la vida y el momento exacto de la muerte* y *La interacción de las enfermedades parasitarias y la nutrición*.

En las áreas especializadas incluidas en estos temas, los hombres y las mujeres de ciencia y medicina dan una prueba más de su deseo de trabajar por el bien de la humanidad. La Iglesia está junto a vosotros en este cometido, porque ella también pretende ser *la servidora de la humanidad*. Como dije en mi primera encíclica, *Redemptor hominis*: «La Iglesia no puede abandonar al hombre, porque su destino, es decir, su elección, vocación, nacimiento y muerte, salvación o perdición, está estrecha e indisolublemente unida a Cristo» (número 14).

2. Vuestra presencia me recuerda la parábola del Evangelio del buen samaritano, el único que se ocupó de una persona anónima que había sido despojada de todo por los ladrones y abandonada, herida, a la vera del camino. A esta figura del buen samaritano la veo reflejada en cada uno de vosotros, que por medio de la ciencia y de la medicina ofrecéis vuestra solicitud a innumerables pacientes, tanto entre los pueblos en pleno desarrollo como entre la multitud de estos individuos afectados por enfermedades originadas por la desnutrición.

Para el cristiano, la vida y la muerte, la salud y la enfermedad tienen un significado esperanzador: «Porque ninguno de nosotros vive para sí mismo y ninguno muere para sí mismo; pues si vivimos, para el Señor vivimos, y si morimos, morimos para el Señor. En fin, sea que vivamos, sea que muramos, del Señor somos» (Rom 14, 7-8).

Estas palabras contienen gran significado y esperanza para nosotros, que creemos en Cristo; también para los no cristianos, a los que la Iglesia estima y con los cuales desea cola-

borar, entendiendo que dentro del misterio de la vida y de la muerte existen valores que trascienden todos los tesoros terrenos.

### CIENTÍFICOS Y MÉDICOS, AL SERVICIO DE LA VIDA

3. Cuando abordamos el tema del que os habéis ocupado en vuestro primer grupo, *la prolongación artificial de la vida y la determinación del momento exacto de la muerte*, lo hacemos impulsados por dos convicciones fundamentales, a saber: la vida es un tesoro, la muerte es un acontecimiento natural.

Dado que la vida es verdaderamente un tesoro, es justo que los científicos potencien la investigación que puede mejorar y prolongar la vida humana y que los médicos posean la mejor información posible en torno a los medios científicos más avanzados utilizables por ellos en el campo de la medicina.

Científicos y médicos están llamados a poner su ingenio y su energía al servicio de la vida y nunca pueden, por ninguna razón y en ningún caso, suprimirla. Para todos los que tienen un vivo sentido del supremo valor de la vida, creyentes y no creyentes, la eutanasia es un crimen al cual nadie, ni bajo ningún concepto, debe cooperar, ni siquiera permitir. Los científicos y médicos no deben considerarse como los señores de la vida, sino como sus servidores hábiles y generosos. Solamente Dios, que creó la persona humana con un alma inmortal y salvó el cuerpo humano con el regalo de la Resurrección, es el Señor de la vida.

4. Corresponde a los doctores y trabajadores sanitarios prescribir al enfermo el tratamiento que contribuirá a curarlo y que le ayudará a soportar sus sufrimientos con dignidad. Incluso cuando los enfermos son incurables, nunca deben ser considerados como ajenos al tratamiento: independientemente de su situación, se les deberá prestar el cuidado adecuado.

Entre las formas útiles y lícitas de tratamientos se encuentra el empleo de analgésicos. Aun cuando algunas personas sean capaces de aceptar el sufrimiento sin alivio, para la mayoría el dolor reduce su fuerza moral. No obstante, cuando se estudia el empleo de dichos analgésicos es necesario tener presente la doctrina contenida en la declaración publicada

el 4 de junio de 1980 por la Congregación para la Doctrina de la Fe: «Los analgésicos que producen la inconsciencia necesitan una consideración especial. Porque una persona, sea hombre o mujer, debe ser capaz de satisfacer sus deberes morales y sus obligaciones familiares; él o ella deben también prepararse, por su parte, con pleno conocimiento, para el encuentro con Cristo».

## **FACILIDAD AL ENFERMO EL ACERCAMIENTO A DIOS**

5. El médico no es el señor de la vida, pero tampoco es el vencedor de la muerte. La muerte es un acontecimiento inevitable de la vida humana, y el empleo de medios para evitarla debe tener en cuenta la condición humana. Con relación al empleo de medios ordinarios y extraordinarios, la Iglesia expresó su criterio en la declaración anteriormente citada, en los siguientes términos: «Si no existen otros remedios suficientes, está permitido, con el consentimiento del paciente, recurrir a los medios facilitados por las técnicas médicas más avanzadas, incluso cuando estos medios se encuentren en fase experimental y no estén exentos de un cierto riesgo...»

Está también permitido, con la aprobación del paciente, interrumpir estos medios cuando los resultados no infunden esperanzas. Pero para que se adopte esta decisión deberán tenerse en cuenta los razonables deseos del paciente y de la familia del mismo, como también el dictamen de los doctores especialmente competentes en la materia...

Está permitido, igualmente, hacer esto con los medios normales que la medicina puede ofrecer. Sin embargo, no se puede imponer a nadie la obligación de recurrir a una técnica que ya está en uso pero que entraña un riesgo o es peligrosa... Cuando la muerte inevitable es inminente a pesar de los medios empleados, está permitido, en conciencia, rechazar formas de tratamiento que solamente podrían asegurar una precaria y molesta prolongación de la vida, mientras que el cuidado normal prestado a la persona enferma en casos análogos no es interrumpido».

6. Estamos agradecidos a vosotros, señoras y señores, por haber estudiado minuciosamente los problemas científicos relacionados con el intento de definir el momento de la muerte. Un conocimiento de estos problemas es esencial para decidir con una sincera conciencia moral la elección de formas ordinarias o extraordinarias de tratamiento y para abordar los aspectos importantes, morales y legales de los trasplantes. Ello nos ayuda también en la ulterior consideración de si la casa o el hospital es el lugar más adecuado para el tratamiento del enfermo y especialmente del incurable.

El derecho a recibir buen tratamiento y el derecho a ser capaz de morir con dignidad exigen recursos humanos y materiales, en casa y en el hospital, que garanticen la comodidad y la dignidad del enfermo. Todos los enfermos y, sobre

todo, los moribundos no deben carecer del afecto de sus familiares, de la atención de los médicos y enfermeras y del apoyo de sus amigos.

Por encima y sobre todos los consuelos humanos, nadie debe dejar de ver la enorme ayuda prestada al moribundo y a sus familias por la fe en Dios y por la esperanza en la vida eterna. Por tanto, yo desearía pedir a los hospitales, a los médicos y, sobre todo, a los parientes, especialmente en el actual clima de secularización, que faciliten al enfermo el acercamiento a Dios, dado que en su enfermedad experimentan nuevos interrogantes que solamente en Dios pueden encontrar respuesta.

## **LA DESNUTRICIÓN, CAUSA DE GRAVES ENFERMEDADES**

7. En muchas zonas del mundo el tema que habéis comenzado a estudiar en vuestro grupo de trabajo tiene una importancia extraordinaria concretamente el problema de la desnutrición. El problema aquí no es meramente el de la escasez de alimentos, sino también el de la calidad de los alimentos, si es adecuado o no para el desarrollo sano de la persona en su totalidad. La desnutrición es causa de enfermedades que dificultan el desarrollo del cuerpo e impide igualmente el crecimiento y la madurez del entendimiento y de la voluntad.

El estudio que ha sido realizado hasta este punto y que ahora estáis examinando con todo detalle en este coloquio aspira a identificar y tratar las enfermedades asociadas con la desnutrición. Al mismo tiempo subraya la necesidad de adaptar y perfeccionar métodos de cultivo, métodos que sean capaces de producir alimentos con todos los elementos que puedan garantizar una decorosa subsistencia humana y el pleno desarrollo físico y mental de la persona.

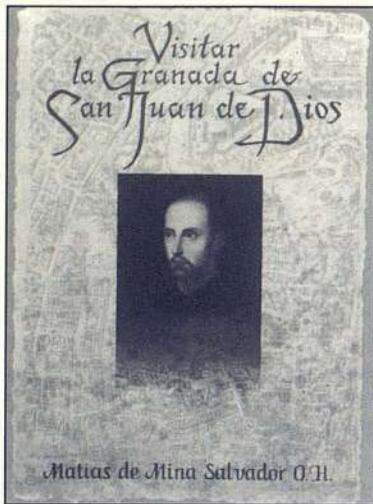
Es mi esperanza ferviente y mi ruego de que vuestras deliberaciones estimulen a los gobiernos y pueblos de los países económicamente más avanzados a ayudar a las poblaciones más severamente afectadas por la desnutrición.

8. Señoras y señores, la Iglesia católica, que en el próximo Sínodo Mundial de los Obispos celebrará el vigésimo aniversario del Concilio Vaticano II, corroborará las palabras que los padres del Concilio dirigieron a los hombres y mujeres de pensamiento y de ciencia: «No podíamos, por tanto, dejar de encontraros. Vuestro camino es el nuestro. Vuestros senderos no son nunca extraños a los nuestros. Somos amigos de vuestra vocación de investigadores, aliados de vuestras fatigas, admiradores de vuestras conquistas y, si es necesario, consoladores de vuestros desalientos y fracasos».

Con estos sentimientos invoco las bendiciones de Dios, el Señor de la vida, sobre la Pontificia Academia de Ciencias, sobre todos los miembros de estos dos grupos de trabajo presentes y sobre sus familias.

## **Novedad Bibliográfica**

### **VISITAR LA GRANADA de San Juan de Dios**



Nuestro querido hermano Matías de Mina, de todos conocido por su gran pasión investigadora de las cosas y los hechos de Juan de Dios, ha rastreado desde el primer día las huellas de San Juan de Dios en Granada. Lo cierto es que no hay rincón de la ciudad que le resulte extraño: archivos, bibliotecas, calles y edificios granadinos que han sido el escenario de su búsqueda tras la pista del Fundador de la Orden Hospitalaria.

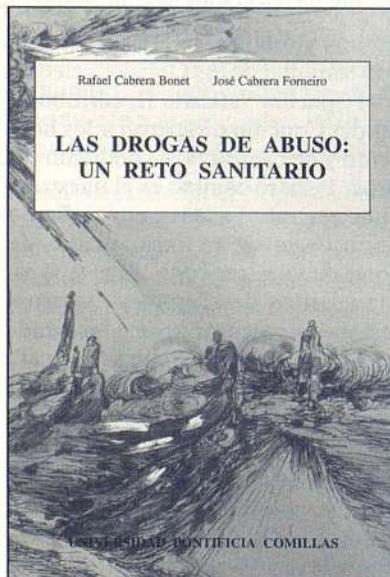
Y es esto lo que nos describe en este nuevo libro *Visitar la Granada de San Juan de Dios*: las andanzas de Juan Ciudad en los lugares expresos donde ocurrieron y fue visto en sus quehaceres con los pobres y enfermos o pidiendo limosna.

Con este libro se pretende que quienes lleguen a Granada movidos por la devoción al Santo encuentren unas acotaciones que les ayuden a seguirlos con firmeza histórica a la vez que, incluso por sí mismos, puedan orientar a otros a conocer los actos y parajes.

La primordial finalidad de este libro es alentar al devoto peregrino juandediano que quiera conocer los lugares donde ocurrieron las cosas pero, sobre todo, desea y anhela llevar a su consideración y afecto el significado, la ejemplar trascendencia de esas mismas cosas y hechos que aún hoy hablan de la caridad y entrega del Santo al servicio de los enfermos y marginados.

FUNDACIÓN JUAN CIUDAD - EDITORIAL COMARES GRANADA

## **Las drogas de abuso: un reto sanitario**



Publicado por la Universidad Pontificia Comillas de Madrid, bajo los auspicios de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios, y en íntima colaboración con el Servicio de Información Toxicológica del Instituto Nacional de Toxicología, aparece en el mercado un texto sintético y práctico dedicado a una de las plagas de nuestro tiempo. Las drogas de abuso, un reto sanitario. Este Manual dirigido a toda la clase sanitaria explica todos los tipos de drogas que se manejan habitualmente y abunda en las de más reciente polémica como las drogas de diseño, llamadas así por generarse en laboratorios clandestinos desde la base de las anfetaminas.

Asimismo se estudian las alternativas terapéuticas para las intoxicaciones agudas, los métodos sustitutorios tipo metadona y las distintas reglamentaciones que acotan la ilegalidad de estas drogas.

Finalmente se dedica un capítulo a los aspectos médico-legales del uso de dichas drogas, es decir, la delictogénesis, el impacto en el mundo laboral, la imputabilidad y finalmente la dificultad para encuadrar algunas drogas modernas en el apartado de sustancias que atentan contra la salud pública, tal y como recientemente hemos visto en los medios de comunicación que ha ocurrido con el *éxtasis*.