

Tema V. Justicia

Autores

Ana M^a Costa Alcaraz
Carlos Almendro Padilla

Médicos de familia

Actualizada el 27/2/2006

¿Es importante tener en cuenta los costes cuando se trata de mantener la salud de una persona?

Esa pregunta tiene que ver con la justicia. El concepto de justicia es tan antiguo como la reflexión humana, aunque no es hasta el siglo XX que se introduce dicho concepto en el mundo de la sanidad. Se refiere a dar a cada uno lo que le corresponde o, en su acepción jurídica, lo que debe hacerse según derecho. El problema surge cuando se intenta precisar qué es lo que corresponde a cada uno. ¿Quieres saber más sobre justicia? [<http://www.fisterra.com/bd/upload/anexotema5.pdf>]

Los avances tecnológicos son casi ilimitados. El dinero que se gasta en una partida deja a corto, a medio o a largo plazo, de poder invertirse en otra

Esa respuesta es muy genérica. Me gustaría que contestaras a mi pregunta de forma concreta. Si cada ser humano tiene valor absoluto ¿es lícito poner límite a los costes de la atención sanitaria?

Todo lo contrario. ¡Por supuesto que es conveniente racionalizar el gasto! Tanto si la asistencia que se presta es pública como si es privada. Los avances tecnológicos son casi ilimitados, pero la tecnología tiene un coste económico. La posibilidad de financiación no es ilimitada. El dinero que se gasta en una partida deja a corto, medio o a largo plazo, de poder invertirse en otra.

¿Entonces el derecho a la salud tiene un precio?

¡Por supuesto! En cualquiera de las acepciones de precio, la salud lo tiene. Por una parte, la recuperación de la salud tiene un "valor pecuniario", en tanto en cuanto el ejercicio de la medicina actual no se basa tan sólo en la anamnesis y los consejos sobre hábitos. La investigación, para descubrir nuevas tecnologías diagnósticas o terapéuticas, tiene un coste económico y requiere una inversión, tanto inicial como mantenida. Por otra, en la segunda acepción, entendiendo precio como "esfuerzo, pérdida o sufrimiento que sirve de medio para conseguir algo, o que se presta y padece con ocasión de ello", es evidente que, tanto el mantenimiento como la recuperación de la salud, tiene un precio.

El principio de justicia insiste en la necesidad de que todas las personas tengan acceso a un mínimo de asistencia sanitaria digno e igual, teniendo como único criterio prioritario a los más desvalidos, médicamente hablando, y no a los más demandadores. La salud tiene un precio cuando los recursos son limitados y los avances tecnológicos no. El principio de justicia orienta sobre cómo pagar ese precio.

Para comprender mejor cual es ese precio, vamos a recordar un poco de historia. El filósofo Tales de Mileto (siglo VI adC) ya tiene una teoría de la justicia. Aristóteles (siglo IV adC), en el libro V de la Etica a Nicómaco, desarrolla una idea de justicia como proporcionalidad (trato igual a los iguales) que todavía perdura y ocupa su lugar en los debates sobre universalización de la asistencia. Entre los juristas romanos, Ulpiano (siglo III) desarrolla un corpus de 51 libros sobre justicia civil. David Hume, en el siglo XVIII, afirma que para hablar de justicia es preciso que los recursos sean escasos. En el siglo XX algunos pensadores, como el neoliberal Rawls, han reconocido el derecho a la asistencia sanitaria como un bien primario de justicia social.

Es imprescindible suscitar un debate social y profesional en torno al establecimiento de prioridades en la planificación sanitaria. En otro caso diversas circunstancias, como el azar, los grupos profesionales de presión u otros intereses más o menos espurios, decidirán por nosotros

En sociedades antiguas, el ser humano no se concebía como independiente sino en relación a su pertenencia a un grupo. La dignidad, según esa concepción, no

viene dada tanto por el hecho de ser persona sino por el grupo social al que se pertenece y la utilidad de dicho grupo para la comunidad.

La conciencia del valor absoluto del hombre, se inicia en el siglo I de nuestra era (Jesús de Nazaret) y se desarrolla filosóficamente durante la alta edad media (Boecio, siglo V), inspirando los principios humanistas que, en el siglo XVIII, pretendió defender la revolución francesa (libertad, igualdad, fraternidad) y ha desplazado la idea de justicia distributiva desde su posición centrada en el grupo hacia una posición centrada en la persona, fundamentando la actitud de solidaridad con los más débiles. Según esto, habría que reorganizar las prestaciones sanitarias de acuerdo a un mínimo de necesidades compartidas por los seres humanos, con objeto de paliar las desigualdades, e independientemente de los méritos personales o de la contribución social de cada individuo.

Así pues, el principio de justicia insiste en la necesidad de que todas las personas tengan acceso a un mínimo de asistencia sanitaria digno e igual, teniendo como único criterio prioritario a los pacientes más desvalidos, médicamente hablando, y no a los más demandadores.

La salud tiene un precio, ya que los recursos son limitados y los avances tecnológicos no. El principio de justicia orienta sobre cómo pagar ese precio.

En estos momentos nos encontramos, por una parte, con la amenaza de un imparable crecimiento del gasto sanitario derivada del ininterrumpido desarrollo tecnológico.

Por otra con el valor, reconocido como necesario, de asegurar un mínimo de prestaciones sanitarias a toda la población para

garantizar su derecho a la salud. Esta situación, hace imprescindible suscitar un debate social y profesional en torno al establecimiento de prioridades en la planificación sanitaria. En otro caso diversas circunstancias, como el azar, los grupos profesionales de presión u otros intereses más o

menos espurios, decidirán por nosotros. Y no creo que con ello nos acerquemos al máximo deseable y posible de justicia.

¿El principio de justicia no tiene aplicación en la actividad cotidiana del médico de familia?

¡Claro que sí! Unos claros ejemplos de situaciones en las que hay que aplicar el principio de justicia: Todos aquellos casos en los que el paciente te solicita le practiques pruebas complementarias sin estar clínicamente justificadas y, por complacencia, le das curso, estás actuando contra este principio. También cuando ejerces tu actividad según los criterios de la medicina defensiva.

¿La promoción de un uso racional del medicamento, puede estar inspirada en el principio de justicia?

Sería mejor preguntar ¿el uso racional del medicamento nos acerca al cumplimiento del principio de justicia? Pues creo que depende. Si un uso racional supone elegir, a igualdad de seguridad y efectividad terapéutica, el medicamento más barato, por supuesto que esa práctica nos aproxima a la justicia. Si cuando nos referimos a un uso racional estamos promoviendo exclusivamente la utilización de medicamentos baratos,

sin contemplar criterios de efectividad terapéutica, como el cumplimiento o el porcentaje de mala respuesta, o criterios de seguridad, como la proporción de efectos secundarios o la garantía de control de calidad en su fabricación, es decir, si al hablar de uso racional nos referimos exclusivamente a manejar medicamentos baratos, más que respetar el principio de justicia lo que estamos haciendo es transgredir el de beneficencia.

¿Y si únicamente prescribimos medicamentos genéricos, aunque no sean los más baratos, estamos asegurando un mejor cumplimiento del principio de justicia?

Bueno, en torno a los genéricos hay una serie de circunstancias que complican su utilización hasta el punto de poder acercarnos, en ciertos casos, a una práctica maleficiente. Salieron con el objetivo de ofrecer mejores precios y, actualmente no siempre es así. Pero eso

no es todo. Por ejemplo, en España no todos los genéricos son EFG, es decir, no todos cumplen los criterios de calidad exigidos (EQ -Effectivity Quality-)

para garantizar una efectividad de la molécula equivalente a la de la molécula original. Por otra parte, como cada genérico aparece con una presentación diferente y en la farmacia se puede sustituir uno de ellos por cualquier otro, las personas mayores con mucha frecuencia se equivocan y terminan no identificando el fármaco e incumpliendo con el tratamiento, por defecto o por exceso.

Recetando genéricos no es seguro que estés realizando una práctica beneficiante e, incluso en algunos casos, puede ser maleficiente

Comentarios

- La justicia tiene que ver con una distribución adecuada de recursos, tal que se facilite la equidad
- Los que viven en una determinada sociedad y sólo atienden a sus necesidades personales, sin respetar las necesidades ajenas, o las normas de convivencia del grupo, no son amoraes sino caraduras
- El abuso en la utilización de los servicios sanitarios dificulta el acceso a los mismos de las personas que realmente los necesitan y sobrecargan de forma superflua la presión asistencial del médico
- Los mensajes dirigidos a motivar un buen uso, que no se acompañen de otras medidas que repercutan sobre los abusos, suelen tener un impacto diferente en las distintas personas por factores poco relacionados con la gravedad de la enfermedad

Bibliografía

Libros:

J. Gafo (editor). El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid 1999
A lo largo de nueve capítulos, los autores de este libro analizan la financiación y gestión de la sanidad española, los cambios de gestión, la salud en América Latina, el principio de justicia, los problemas surgidos en la asignación de recursos y cuestiones en torno al derecho a la asistencia sanitaria

Gracia D. Consideraciones éticas de la gestión sanitaria. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J, editores. Gestión Sanitaria: innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, 1998: 147-162

El sector sanitario transmite o induce efectos en el resto de los sectores económicos, contribuyendo al bienestar social. Un buena gestión no solo consiste en prestar atención a la infraestructura y a la tecnología. También implica saber crear cultura de gestión, tanto a nivel de macro (política sanitaria), como de meso (gestión de las organizaciones y estructuras sanitarias) y de microgestión (gestión en la práctica clínica).

Pellegrino ED. El médico como gestor de recursos: la asistencia sanitaria desde la ética y la economía. En: Limitación de las prestaciones sanitarias. Serie Ética y humanidades. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud/Doce Calles 1997:22-42
La tensión entre los recursos disponibles y las necesidades, generada por el crecimiento de los costes y el incremento de la demanda asistencial, ha provocado una crisis sanitaria en los países occidentales. Algunos de estos países han optado por

limitar las prestaciones sanitarias para disminuir la demanda de servicios, otros por implantar criterios de eficiencia en la gestión del sistema sanitario para mejorar su rendimiento. Una y otra solución solo pueden obtener resultados si se cuenta con la implicación de los profesionales sanitarios.

Gafo J. editor. El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 1999. Serie Dilemas éticos de la medicina actual, nº 12

Este libro, compuesto por nueve capítulos escritos por diferentes autores, recopila los trabajos presentados en un seminario, celebrado en El Escorial, donde expertos procedentes del mundo de la economía, filosofía, teología, derecho, y medicina, analizaron distintas cuestiones en torno a la justicia aplicada al mundo de la salud.

Revistas:

Carballo F, Júdez J, Abajo F y Violán C. Uso racional de recursos. Med Clin (Barc) 2001; 662-675

Mediante la presentación de cuatro casos clínicos, y respondiendo a las preguntas que suscitan, los autores reflexionan el principio de la justicia, la equidad en la distribución de recursos, el uso racional de éstos últimos y el papel de la Industria farmacéutica, apoyando su reflexión en los marcos ético y normativo.

Zarco J, Moya AI, Júdez J, Pérez F y MagallónR, La gestión de las bajas laborales Med Clin (Barc) 2001; 117(13): 500-509

A través de las preguntas que suscitan cuatro casos clínicos, los autores reflexionan sobre la delimitación de funciones del médico de cabecera en relación a la incapacidad laboral transitoria, deliberando sobre los problemas de confidencialidad, conflicto de lealtades y otros aspectos de la relación clínica, dentro del marco normativo y ético.

Buitrago F. La responsabilidad médica en las incapacidades laborales transitorias. Aten Primaria 1994; 13: 1-2

En este editorial, el autor reflexiona sobre el papel que juega el médico de familia en la gestión de incapacidades laborales transitorias, concluyendo que los médicos debemos seguir comprometidos en el buen uso de las ILT, de manera que se garantice la pervivencia de un mecanismo equitativo y solidario en el reparto de las prestaciones sociales, evitando posibles bolsas de fraude que pueden acabar afectando a la moral pública de un país con la misma intensidad que la corrupción política.

Atisent R, Huelin JV, Ariño M. Ética en la prescripción de la «baja laboral» por el

médico de familia. Cuadernos de Gestión 1997; 3: 4-6

En la gestión de incapacidades laborales transitorias, lo que es estrictamente legal no siempre es ético. Con frecuencia se dan situaciones que plantean un dilema entre el respeto al principio de justicia y el respeto al principio de autonomía.

Conill J. ¿Economía frente a medicina? Una reflexión ética. JANO 2000;1345: 102-103

El autor analiza los fallos del mercado, desde una perspectiva histórica. Señala que la economía de la empresa se está convirtiendo en una parte central del desarrollo de la sanidad pública y delibera sobre los posibles conflictos entre la medicina gestionada y los valores éticos de la medicina. Concluye proponiendo el modelo de gestión por valores. Las empresas éticas incorporan su misión y sus bienes internos propios a un marco de responsabilidad social. Recuerda que la empresa sanitaria es una organización legitimada socialmente a partir de fines objetivos o intersubjetivos (curar, cuidar)

Prados JA, Quesada F. Manejo de un paciente en baja laboral injustificada: el arte de negociar. FMC 1995; 2: 537-544

Los autores defienden el valor de la competencia profesional en comunicación y proponen racionalizar la gestión de incapacidades laborales transitorias mediante la negociación.

Alonso Cuesta P, Rodríguez Roldán JM. Ética y variabilidad de la práctica médica. Revista de Administración Sanitaria 2000; 4(13):17-27

La variabilidad de la práctica médica traduce problemas de efectividad en las actuaciones profesionales y también problemas de eficacia social afectando, por tanto a la justicia. Los autores proponen una serie de medidas de gestión para reducir esta variabilidad.

V. Ortún-Rubio, J.L. Pinto-Prades y J. Puig-Junoy. El establecimiento de prioridades. Aten Primaria 2001;27:673-6

El autor presenta diferentes formas de establecer prioridades. El proceso de establecimiento de prioridades, afirma en el artículo, resulta complejo y requiere conjugar política sanitaria con práctica clínica. Los resultados de la evaluación económica pueden ayudar a establecer unas prioridades sanitarias que respondan a las preferencias sociales. La validez de los resultados dependerá de la legitimidad del proceso, de la plasticidad de los métodos de evaluación económica para incorporar criterios diferentes al de eficiencia (criterios distributivos, variables socioeconómicas, responsabilidad individual) y del grado en que conciten acuerdo social.