

BIOÉTICA. LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN SALUD

PATRICIA AGRANATTI*

INTRODUCCIÓN

Hablar de bioética y de la asignación de recursos para la salud constituyen dos disciplinas que deberían pertenecer a un mismo terreno.

Los conceptos de lo que está bien o mal hacer en medicina han estado presentes desde las fundaciones de la medicina hace 2500 años. (1)

El pensamiento ético ha acompañado a los movimientos de los derechos civiles por la justicia social, las luchas por los derechos humanos y el derecho al acceso igualitario a los servicios de salud.

El desarrollo económico-social y tecnológico ha generado expectativas en la medicina y ha llevado a una complejidad creciente en la atención de la salud. Para Aristóteles la ética y la economía eran una ciencia integrada y subordinada al bien de todos. En ese sentido decía "es cosa amable hacer el bien a uno solo; pero es más bello y divino hacerlo al pueblo y a las ciudades". (2)

La economía es una ciencia que debe servir a un bien moral. Nuestro sistema de salud debe estar basado en la ética y en la justa distribución de los recursos. Las transformaciones económicas y políticas que han ocurrido en el mundo en los últimos años están afectando la vida y la salud de millones de personas, generando nuevos dilemas éticos. Los valores humanísticos están perdiendo posición frente al poder del dinero. (3)

Términos como justicia, altruismo, solidaridad, compasión, voluntariado, derecho a la salud, están desapareciendo del vocabulario colectivo. En cambio cada vez más escuchamos sobre escasez de recursos, costo-beneficio, eficiencia y necesidades del mercado.

La aplicación de doctrinas económicas neoliberales está revirtiendo importantes logros sanitarios haciendo aparecer viejas epidemias como tuberculosis y cólera. Mientras ocurren estas calamidades, la preocupación del poder económico y del poder político que lo defien-

de es que los mercados crezcan, las inversiones rindan y las cuentas cierren. (3)

El objetivo de este trabajo consiste en lograr propuestas que contribuyan a cimentar la base de una mejor distribución en la asignación de recursos destinados a la salud de toda la población. Las mismas están inspiradas en la equidad y la justicia, es decir, sustentadas por un pensamiento ético.

En este sentido tenemos vinculadas dos disciplinas: la bioética y la economía. Consideramos oportuno comenzar con una definición clara de los conceptos de la ética médica, para pasar luego a las relaciones de la bioética -atención de la salud y bioética- economía haciendo referencia al plano nacional.

Señalamos las conflictivas relaciones entre ambas disciplinas y realizamos una somera descripción de las distintas doctrinas filosóficas sobre las cuales se ha basado la distribución de los recursos en salud.

En el apartado siguiente hacemos referencia a la economía

* Correspondencia: Av. Córdoba 966 - PB 7. 1054 Buenos Aires. Email: dagranatti@intramed.net.ar

de mercados y su incidencia en el sistema de prestaciones para la salud, efectuamos una crítica centrada en las fallas de mercado y en las consecuencias que tienen los mecanismos que se ponen en juego, tanto de tipo asistencial como sanitario; sin olvidar una caracterización del comportamiento de las instituciones de la seguridad social en el marco de una economía cerrada al mercado.

En la segunda parte nos ocupamos de señalar dos opciones de atención sanitaria: la del Sistema Holandés y más extensivamente la del Estado americano de Oregón. Simultáneamente elaboramos nuestras conclusiones.

I PARTE

- Definición de conceptos
- Bioética y atención en salud
- Bioética y economía en la Argentina
- Las conflictivas relaciones entre economía y ética
- La distribución de los recursos de acuerdo a diferentes teorías
- Los sistemas de salud y el libre comercio
- Críticas referidas al libre mercado de prestaciones de salud
- La economía de mercado y las instituciones de seguridad social

Ética

Concepto filosófico

La ética es la parte de la filosofía que considera las voliciones, es decir, los actos cometidos por nuestra propia voluntad, en cuanto a su ser moral, encaminados a realizar el bien. (3)

Este hecho explica la intuición natural del ser humano de distinguir el bien del mal, aun

cuando su libre voluntad le permita escoger uno u otro. Es necesario reconocer que el consenso social orienta y constriñe al individuo para que obre honestamente. En este planteamiento no se involucra una moral religiosa ni un cuerpo jurídico como bases o fundamentos de la ética.

Esta posición que podemos llamar filosófica, tiene la ventaja de que el sistema que propone puede ser aceptado, en principio, por cualquier persona de buena voluntad, sin involucrar creencias religiosas ni las leyes vigentes de su nación.

Se entiende que todo acto moral se basa en el deber ético ideal, universal e inmutable, que se concreta en la aplicación de los deberes, que pueden variar indefinidamente de las morales. (4)

Bioética y atención en salud

Ya en el terreno de la ética en medicina encontramos otros valores: en la cúspide tenemos el contraste vida-muerte y en el segundo nivel salud-enfermedad. Si a estos valores los cuantificamos, tendremos que buscar lo mejor para el paciente: precisión en el diagnóstico, correcto tratamiento y menor costo. El análisis de las decisiones nos permite hacer formal y explícito nuestro juicio ético respecto al acto médico a elegir.

Por lo general el juicio ético respecto al acto médico es intuitivo y empírico y el acto médico elegido, al ser el más valioso, es moralmente bueno. Un ejemplo sería el caso de la mutilación. Cuando se decide una amputación para restituir salud y preservar la vida, es moralmente buena (valor supremo de ese árbol jerárquico); si ese mismo acto fuera realizado por iatrogenia (o error diagnóstico) sería

moralmente malo. De allí la importancia en la forma de decisiones médicas, que exige al médico un juicio crítico de todos los factores que intervienen en los procesos de diagnóstico y tratamiento.

Esto fortalece la capacidad intuitiva del médico para elegir correctamente los actos a realizar ante un paciente o un grupo de pacientes con características similares. Es responsable de ello, tomando por supuesto un cierto grado de incertidumbre en el grado de probabilidades, debiendo conocerlas por propia experiencia o por la literatura al respecto. Es precisamente esa ponderación de los actos médicos probables donde importa la ética en la toma de decisiones. (5)

Con la excusa poco creíble de que el Estado es ineficiente en el cuidado de la salud, se pretende convencer a la sociedad de que sólo aquellos cuyo objetivo es ganar dinero saben ser eficientes en la capacitación de profesionales y en la atención de la salud. (6)

El hecho es que a nivel mundial la industria médico-farmacológica es la segunda en magnitud económica, después de la industria de armamentos. El fracaso de la "reforma sanitaria" en Estados Unidos y las nuevas recetas de los organismos financieros internacionales están dirigidas a la privatización de la atención de la salud. Resulta insólito ver que el no-sistema de salud imperante en Estados Unidos es copiado como modelo en América Latina. Es notorio su fracaso en brindar atención eficiente a la población ya que a pesar de los gastos exorbitantes en salud hay 41 millones de personas sin ninguna cobertura. La salud se deteriora porque se ha transformado en un negocio donde predominan los intereses de los inversores, que ra-

ramente coinciden con los de la gente. No cabe duda de que los adelantos de la ciencia y la tecnología médica de este siglo han contribuido a mejorar los niveles de salud y bienestar en proporciones importantes de la población. Es también cierto que la importancia de esta contribución tiende a ser exagerada por la profesión médica, desvalorizando la influencia del progreso social y económico. Por otra parte, los beneficios de estos adelantos son distribuidos en forma desigual entre la población, siendo aprovechados por los sectores de mayores recursos. Un ejemplo es la capacidad creciente de hacer sobrevivir a recién nacidos de extremo bajo peso y las graves secuelas neurológicas que pueden presentar luego. (1)

Otro ejemplo bioético ligado a la tecnología es el mal uso de la genética en características no médicas de la descendencia, tales como el sexo. El énfasis en lo tecnológico distorsiona las concepciones de causalidad de las enfermedades. El acceso a los beneficios médicos es profundamente desigual no sólo de acuerdo a la clase social de pertenencia, sino también a la región del mundo que se considere. América Latina tiene un promedio de vida diez veces menor y una mortalidad infantil seis veces mayor que los países desarrollados. Realizaremos las siguientes comparaciones:

El producto bruto anual per cápita en América Latina es de 3.271 dólares y de 26.000 dólares en los países desarrollados. El gasto anual per cápita en salud es de 105 dólares en América Latina y de 1.900 dólares en el mundo industrializado. Cuando analizamos la realidad sanitaria por clase social, vemos que en nuestro país los indicadores de salud y la accesibilidad a los

servicios de las clases altas son comparables a la de los países ricos, mientras que en las clases bajas las diferencias son abismales. En Estados Unidos el 20% de la población no tiene cobertura (41 millones de personas). (1)

La bioética irrumpió en la atención de salud para equilibrar los adelantos tecnológicos, con sus aplicaciones y sus costos efectuando una comparación con las especialidades médicas tradicionales. Entre los temas que está impulsando el pensamiento bioético, se destacan la defensa de la mujer, las poblaciones indígenas y los pacientes con discapacidad. En la profesión médica, los recaudos éticos a tener en cuenta en las investigaciones biomédicas en seres humanos y finalmente la determinación de prioridades en la asignación de recursos para la salud. La bioética tiene injerencia tanto en los problemas de la práctica médica como en las cuestiones médico-sociales y de políticas de salud. Finalmente, desde los centros de poder económico que gobiernan nuestras vidas, el mercantilismo creciente, obsesionado por disminuir costos en la atención médica con el objeto de maximizar sus ganancias, pretende valerse de la bioética para cuestionar el principio de que la salud es un derecho humano fundamental.

Hasta hace poco la bioética ha estado abocada a cuestiones relativas a la investigación en seres humanos y al análisis de situaciones individuales más bien excepcionales, tales como los conflictos generados por la aplicación de tecnologías de reproducción asistida, la defensa de la autonomía de los pacientes en las decisiones que afectan a la salud, el consentimiento informado en procedimientos

terapéuticos experimentales, el manejo del paciente terminal, el suicidio asistido, etc. Es sólo recientemente que se comienzan a cuestionar éticamente las graves injusticias y desigualdades que se dan en el acceso a la salud. (7)

Una manera de ver esta evolución es con un mayor equilibrio entre los principios de autonomía y justicia. El principio de autonomía privilegia la importancia de los derechos del individuo a la información, educación y decisiones con respecto a su salud, mientras que el principio de justicia, rescata que la atención de salud es un derecho, que el ser humano vive en sociedad y que el acceso a la salud debe distribuirse en forma justa y equitativa. La tensión entre estos dos principios éticos es un reflejo de la tensión entre el individualismo y la solidaridad que se da en las sociedades humanas. Si la bioética comenzó privilegiando el principio de autonomía, está ahora dándole mayor atención al principio de justicia y equidad. En consecuencia aparecen como temas de preocupación ética: a) la definición de prioridades en el uso de los recursos para la salud; b) el acceso al equilibrio de los servicios de salud independientemente de la capacidad de pago; c) la responsabilidad de los derechos de salud para la totalidad de los ciudadanos.

Bioética y economía en la Argentina

La Argentina destina el 8% de su producto bruto interno (PBI) al área de salud, hecho que la ubica a la cabeza de los países americanos, exceptuando los Estados Unidos y Canadá. Si bien se trata de una nación subdesarrollada en etapa de desa-

rollo sorprende la tecnología de diagnóstico y tratamiento que generó una medicina industrializada y dolarizada. (8) De 1985 a 1990 creció, como respuesta a las demandas de una población cada vez más informada. Los costos de las prestaciones también han crecido considerablemente y los diversos sectores involucrados en el sistema de atención de salud, hospitales y profesionales que ofrecen cuidados médicos, los pacientes y los empleadores no pueden predecir en qué momento se detendrán. Los medios de comunicación masiva difunden la aparición de novedosos tratamientos y fármacos y la invención de instrumental que reemplazan a los tratamientos cruentos. Por otro lado, los pacientes quieren acceder a dichos tratamientos, pero son pocos los que económicamente tienen capacidad para hacerlo; por eso las obras sociales, los prepagos y el Estado son los que finalmente deben tomar a su cargo la financiación, aun desconociendo la relación beneficios reales/costos.

El cuerpo de profesionales también intenta aplicar procedimientos de punta cuando toman conocimiento de su existencia, mostrando que hacen lo suficiente por sus pacientes; sin embargo, tal actitud compromete su ética y desalienta su ingenio terapéutico. Ellos desean seguir con innovación tecnológica al día, ganar experiencia en países desarrollados, importar tecnología, emprender todo tratamiento sin reparar en los costos. El Estado les exige una difícil conciliación, entre desarrollo de punta y escasos recursos, lo cual crea injusticias y desigualdades al considerar los costos sociales. (7) ¿Se puede cuestionar la legitimidad de la ética por considerar sólo el factor económico?

Las conflictivas relaciones entre economía y ética

Creo que en salud los principios de cuidados de urgencia y de beneficencia deberían prevalecer. Solventar extravagancias terapéuticas implica desviar fondos de áreas primordiales para mantener el beneficio de unos pocos que consumen mucho. Daniel Black ha clasificado los avances en tres rubros, intentando diferenciar la complejidad que presentan y los costos que insumen. Una primera categoría incluye aquellas técnicas relativamente económicas destinadas a curar enfermedades. La segunda, las de bajo costo que posibilitan la prevención y promoción de la salud. Y, por último, la tercera reúne los avances tecnológicos que permiten mantener cantidad importante de recursos materiales y humanos. Esta categoría es la que presenta dificultades éticas a la hora de justificar la distribución de recursos. Es el dilema entre limitar los cuidados terminales y derivar estos recursos a otros sectores, o retacearlos apelando a la justicia distributiva. (9) Las relaciones entre economía y ética son conflictivas. Los expertos en bioética dicen: **hay justicia cuando a un costo mínimo se ha alcanzado un máximo provecho pudiendo cuantificar el rendimiento obtenido en términos matemáticos.** El gasto sanitario entonces se postula regido por la relación costo/beneficio, que opera dentro de los límites de la racionalidad económica, por lo tanto las prestaciones destinadas a los enfermos muriendo, podrían ser cuestionables en razón de su baja utilidad y su alto costo. ¿Es esta apelación económica éticamente válida? ¿Quién tiene derecho a decidir el inicio o la suspensión

de la vida aun en pacientes con riesgo de muerte inminente? Una verdadera ética de la economía consiste en tomar decisiones sobre bases firmes, pero no estandarizar, junto a cada situación individual teniendo en cuenta los reclamos morales que los implicados presentan. Una alternativa bioética se da cuando no sólo se escuchan los requerimientos de la eficiencia sino también los de la autonomía y la justicia. Yo entiendo que un cuidado inútil sería lo referente a un conjunto de servicios que no acarrearán beneficios al paciente y que vayan en contra de su consentimiento. El equipo médico a veces poseído por el temor a las acciones legales, insiste en aplicar una tecnología que no siempre es necesaria, en función de su propio sistema valorativo. Se presenta entonces la necesidad práctica de recortar algunas prestaciones con conciencia ética, científica y jurídica. Se torna imperioso determinar una estrategia de racionalización económica en el gasto de pacientes desahuciados, a la hora de reducir costos y asignar recursos. A pesar de todo y en honor a la justicia, no se les puede negar cuidado a estas personas. Sí se deben evitar ciertos procedimientos médicos sin una evaluación mínima de la conveniencia (económica y médica) de los actos terapéuticos: pruebas diagnósticas de indicación dudosa, exámenes superfluos, exploraciones excesivas, incluyendo las intervenciones quirúrgicas ineficaces y las técnicas costosas de escaso rendimiento. (10)

De esto se desprende que se puede garantizar la atención específica de este grupo sin incurrir en gastos magníficos y sin llegar al extremo de la suspensión de cualquier actividad médica dirigida a ellos. La estra-

tegia sería hacer una valoración clínico patológica, para realizar el tratamiento más acertado. Una segunda estrategia es que cada prestadora o institución de salud utilice las políticas sanitarias en función de sus recursos, reduciendo costos pero garantizando la calidad de las prestaciones.

La distribución de los recursos para la salud

En los recursos de salud, puede decirse que el mundo está en pañales. Buena parte de los filósofos morales contemporáneos han meditado sobre la justa distribución de los recursos para la salud. El trabajo de los estudiosos ha dado lugar al nacimiento de muy diversas teorías. La teoría utilitarista, guiada por la máxima de que debe obtenerse el mayor bien para el mayor número, parece sostener que una distribución de servicios para la salud será moralmente apropiada en tanto sea capaz de conseguir la mayor salud para el mayor número de personas. (11)

Robert Veatch sostiene que las personas poseen el derecho a la asistencia sanitaria que se necesite para proveer la oportunidad de gozar de un nivel de salud igual, en cuanto sea posible, a la salud de los demás. (12) Amy Gurrman afirma que toda persona con el mismo tipo y grado de necesidad sanitaria debe ser provista de una igual posibilidad efectiva de recibir el tratamiento apropiado y de la misma calidad que el que esté disponible para todos.

La teoría de Charles Fried, según la cual cada comunidad tiene el deber moral de prestar un nivel mínimo de asistencia sanitaria a aquellos individuos que no pueden con esfuerzos razonables procurársela por sí

mismos, contempla que los individuos en esta situación tienen el derecho a reclamar a sus semejantes esta asistencia básica. (13) Las teorías de inspiración rawlsiana, como la de Ronald Green, incluye la salud entre los bienes sociales primarios de Rawls; o la de Norman Daniels, que considera las instituciones de protección de la salud entre aquellas implicadas en proveer una equitativa igualdad de oportunidades. (14)

En la teoría libertaria o del Estado mínimo desarrollada por H. T. Engelhardt a partir de Robert Nozick, no hay espacio para que el Estado se preocupe por la provisión o por la organización de la asistencia sanitaria, limitándose a garantizar la libertad de quienes quieran ejercer la caridad y brindar asistencia sanitaria a quienes la necesiten y no puedan proveérsela por sí mismos.

Las teorías de justicia no son herramientas que sirvan para enfrentar problemas detallados de políticas públicas, tales como el alcance, los contenidos y los límites de la asistencia sanitaria que un sistema debería proveer. Ninguna teoría trae adosado un manual de instrucciones para construir un sistema de salud verdaderamente justo. Esto no debería llamar la atención, puesto que desde la filosofía moral sólo se podría, en el mejor de los casos, fijar unos principios generales desde los cuales juzgar el grado de equidad de los diferentes sistemas de salud. El desarrollo práctico de tales principios para ser plasmados en un sistema de salud es encomendado a los técnicos. Muchas veces las elaboraciones de éstos no responden al desarrollo de unos principios filosóficos-sanitarios ni reconocen como punto de partida una determinada teoría de justicia sa-

nitaria, sino que suelen ser expresión de conveniencias políticas coyunturales o bien de modelos económicos exitosos. En esta presentación se intentará analizar las posibilidades del libre mercado -de innegable éxito en otros rubros- como eje del sistema de salud.

Los sistemas de salud y el libre comercio

En los últimos quince años se han producido en el mundo los cambios más profundos desde la postguerra. Alcanza con mencionar las transformaciones en las economías de los países centrales durante la época de la dupla Thatcher-Reagan, el surgimiento de los "Tigres Asiáticos", la crisis del estado de bienestar de las democracias europeas occidentales y los cambios políticos, geopolíticos y económicos que están teniendo lugar en el antes llamado bloque oriental, compendiados en la caída del muro de Berlín como imagen que lo resume todo.

El giro desde un modelo de economía centralizada y planificada desde el estado hacia un modelo de economía de libre mercado, ha sido exitoso en muchos terrenos. Un ejemplo de esto puede ser el de la Argentina: sufrió por más de treinta años el estancamiento provocado por una economía cerrada, centralizada y dirigida desde el Estado y en poco más de cuatro años, en el marco de una economía abierta y de libre mercado, ha crecido un 34% y ha bajado la tasa de inflación promedio anual del 100% o más, a tan sólo el 5%. Los triunfos cosechados por la economía de mercado, aun admitiendo que sean parciales, difícilmente son neutrales para los sistemas de salud, a los cuales previsiblemente les llegará su turno de ser

también transformados desde este punto de partida.

Para saber cómo funciona el libre mercado en salud y qué riesgos puede presentar esta estrategia si se la convierte en el eje de un sistema de salud, hay que tomar en consideración los siguientes puntos: en primer lugar, la caracterización de las tendencias del mercado de servicios para la salud operando libremente; en segundo término, la cuestión de la libre competencia entre entidades dentro del sistema de salud de la seguridad social. Adelantando conclusiones, se verá que en ninguno de los dos casos el libre mercado sale muy airoso desde el punto de vista de la equidad. Por esta razón, se esbozarán algunas pautas que podrían hacer viable la generación de una suerte de delimitada estrategia de mercado para el mejoramiento de los sistemas de salud tradicionales. (15)

Críticas referidas al libre mercado de prestaciones para la salud

El mercado de servicios para la salud dista mucho de ser un mercado de los llamados de competencia perfecta. Esto significa que las fuerzas de la oferta y de la demanda actuando libremente son inhábiles para optimizar las características, la calidad, la cantidad y el precio de los servicios. En este marco, se generan ineficiencias, desaprovechamiento de recursos e inequidades en la distribución de las cargas y los beneficios y el modelo sanitario-asistencial está muy lejos de ser el óptimo.

El fracaso de los mecanismos de mercado en el terreno de los servicios para la salud obedece a diversas razones y ha sido objeto de numerosos estudios. Para hacer aquí una des-

cripción bastará con referirse a las peculiaridades y distorsiones de la demanda y de la oferta en este mercado.

Las distorsiones de la demanda y la oferta

La demanda en un mercado perfecto se define como la cantidad total de un determinado bien o servicio que el consumidor desea y puede comprar a un precio posible durante un determinado período de tiempo. Esta definición supone un consumidor que conoce sus necesidades y cuenta con deseos definidos, que está bien informado sobre la naturaleza y propiedades del bien o servicio, que ejerce sus opciones sin restricciones y que paga su servicio sin que otro lo haga por él. Pero en el mercado de salud esto no ocurre porque:

- a) Los deseos del consumidor están mal definidos y peor limitados. Tales servicios son identificados por el usuario con la lucha contra la muerte. Esto determina una preferencia irracional por el acceso a la medicina curativa y reparadora, en desmedro de servicios más eficientes como la medicina preventiva.
- b) En materia de servicios no existe un verdadero conocimiento de las necesidades, ni de cómo satisfacerlas. El demandante de servicios percibe que su grado de salud presente no alcanza el estado óptimo del que idealmente cree que podría gozar y por esa causa concurre al médico.
- c) El consumidor ignora la naturaleza y propiedades de los servicios para la salud y desconoce el diferente grado de eficacia y los riesgos de cada tratamiento.

- d) En el mercado para la salud el que instruye y el que informa sobre los servicios es el médico, en definitiva el que toma las decisiones correspondientes a la demanda de asistencia sanitaria.

En razón de estas particularidades, puede sostenerse respecto de la demanda del mercado:

- No existe soberanía del consumidor. El médico, hablando en términos de mercado, es el agente del consumidor para tomar por él las decisiones relativas a la demanda de asistencia sanitaria.
- En el mercado de la salud, el proveedor de asistencia, el médico, es el verdadero demandante, mucho más que el propio paciente.
- Esta distorsión brinda al proveedor la posibilidad de dar salida a los productos que él y sus colegas deseen. Aquí es imposible definir la necesidad del paciente.
- En el mercado de servicios para la salud la demanda tenderá a ser inducida entendiéndose por tal aquella facultad que tienen los médicos de solicitar la prestación de sus propios servicios según sus propios criterios de preferencia e interés, esto produce una tendencia al sobreconsumo.

Si la demanda en el mercado de los servicios para la salud se aparta considerablemente de los cánones generales de los demás mercados, provocando grandes distorsiones, no menos distorsivo es el comportamiento de la oferta. El primer rasgo característico desde la oferta es provocar la demanda de sus propios servicios. Para completar el número de distorsiones señalaremos lo siguiente:

- Selección sesgada: los proveedores evitan tratar los

casos costosos y poco rentables (tratamiento prolongado geriátrico) para dedicarse a los rentables.

- Derivaciones interesadas: los oferentes derivan pacientes hacia prácticas especializadas a cambio de atenciones por parte de los colegas.
- Segmentación del mercado: los oferentes buscan la especialización y la superespecialización para explotar un nicho en el mercado donde la competencia sea mínima.
- Expansión del mercado: los proveedores expanden por medio de nuevas técnicas o nuevos diagnósticos los problemas a ser tratados médicamente en la población.
- Incorporación tecnológica: los oferentes incorporan masivamente tecnología con lo que segmentan el mercado obteniendo no sólo renta del trabajo sino también renta del capital.
- Sustitución del producto: los proveedores pueden, dadas las particularidades de la práctica, utilizar medios más costosos y rentables para obtener un mismo resultado.

Ante este panorama puede señalarse las siguientes consecuencias (16):

- 1) Consecuencias asistenciales: tratamientos diagnósticos y terapéuticos no estrictamente requeridos por la ortodoxia clínica; el número de prácticas tiende a aumentar con el número de prestadores y no según las necesidades de los individuos; padecimientos de los usuarios al ser objeto de prácticas diagnósticas y terapéuticas innecesarios; surgimiento de una gran utilización de los servicios médicos, la tecno-

logía y la preferencia de la utilización de la medicina curativa a la preventiva; diversificación de prácticas asistenciales; opción por las prácticas más rentables por el proveedor y la sobreutilización; preferencia por la curación a la promoción, prevención y educación para la salud; proliferación de médicos especialistas frente al médico de cabecera, generalista capaz de comprender al paciente dentro del contexto familiar.

- 2) Consecuencias sanitarias: el mejoramiento de la salud de la población depende de los factores diferentes que corresponden al tipo de atención sanitaria determinado libremente por el mercado. Dichos factores son: el mejoramiento del medio ambiente, la educación, la promoción sanitaria y la asistencia primaria general y ambulatoria. Todos están bien alejados de los simples éxitos clínicos aislados que la medicina del mercado puede exhibir. Los resultados poblacionales de la asistencia, producto del libre mercado, pueden estar por debajo de los recursos invertidos.

El libre mercado y las instituciones de la seguridad social

En los últimos años, con la finalidad de mejorar la eficiencia de los sistemas de salud de la seguridad social, muchos países comenzaron a dejar de lado los sistemas tradicionales de pagador único universal, territorial o por rama de actividad laboral, y permitieron elegir a los beneficiarios del sistema entre diversas entidades privadas. El trabajador puede hacer-

lo entre todas las entidades habilitadas para dar cobertura de salud, y sus aportes (del 7% al 9%) van hacia las instituciones por las cuales optan. La ventaja es que las entidades dejan de tener poblaciones cautivas, supe- rándose su tendencia al estancamiento burocrático y la falta de eficiencia. Se establece así un fuerte incentivo para brindar servicios de calidad, porque el trabajador que no recibe servicios satisfactorios se cambia de entidad. El afiliado se convierte en la figura central para el control de la calidad de los servicios y las entidades se esmeran por cumplir con sus planes de cobertura para mejorarlas.

Pero no todo es bueno: como los aportes son proporcionales a los ingresos, la ganancia del agente de seguro está vinculada a la proporción entre los ingresos y el riesgo del beneficiario. El negocio más fácil es afiliarse a la mayor cantidad de personas posibles y dar la menor cantidad de prestaciones.

Para conseguirlo, las aseguradoras procuran captar a los individuos de más altos ingresos y sin riesgos (jóvenes), tendiendo a discriminar a los de menores recursos. Si la oferta se deja enteramente liberada al mercado, las aseguradoras ofrecerán a cada uno un paquete de prestaciones ajustado por cantidad: primero por su nivel de ingreso y luego por nivel de riesgo, ofreciendo menos cobertura a quienes tengan menos posibilidades de consumir recursos con la consecuente pérdida de rentabilidad. De esta manera las aseguradoras ofrecen a quienes tienen mayores recursos y menos riesgos más cantidad de prestaciones que a las personas de más riesgo sanitario y de menores recursos. Actuando en un mercado totalmente libre, las aseguradoras tenderán a poner

en marcha una serie de mecanismos para seleccionar el riesgo, es decir, para enrolar y quedarse con los individuos ricos y sanos y dejar fuera o expulsar a los pobres y enfermos.

Para realizar una expulsión selectiva de los individuos de mayor riesgo existen varias estrategias: podrán dar prestaciones mediante contratos de riesgo con clínicas y hospitales privados con lo que seguramente serán estas instituciones quienes lo expulsen, o sacar del paquete elementos adicionales, como por ejemplo el seguimiento del paciente oncológico, o bien financiar el traspaso de afiliados caros a otra aseguradora mediante premios, descuentos o dinero en efectivo. (17)

Sin duda todas estas maniobras tienen un límite también dentro del propio mercado, pasado el cual, podrán ganar muy mala reputación y perderán a ricos y pobres, es decir, los buenos y malos riesgos por igual. El resultado de un mercado totalmente libre en cuanto a instituciones de salud de la seguridad social podrá traer graves repercusiones entre las cuales señalamos:

- Que los enfermos crónicos o los individuos con riesgo de padecer enfermedades crónicas, al igual que los ancianos, tenderán a ser abandonados por el sistema, ya que ninguna aseguradora querrá tomarlos.
- Que las aseguradoras que sean más exitosas en el ajuste por cantidad y calidad de riesgo terminarán siendo a la postre las más rentables y aquellas aseguradoras con más sentido social, que menos ajusten por cantidad y selección de riesgo terminarán recibiendo a los mayores consumidores de recursos, exponiéndose a sufrir

fuertes pérdidas e incluso la quiebra financiera.

- Que habrá en definitiva unas importantes pérdidas sociales, dado que los usuarios que sean rechazados por las aseguradoras o que no recibían de ellas la cobertura que necesitan terminarán en los hospitales públicos, como en la Argentina que cuenta con una red de hospitales nacionales y provinciales consumiendo los recursos solidarios de todos, en especial de los más pobres, que no poseen otro sistema de salud. En otras palabras, el sistema público termina subsidiando a las aseguradoras privadas. (18)

II PARTE

Comentario acerca de las opciones de atención sanitaria

- El Sistema holandés
- El Sistema del estado americano de Oregón
- 1) Extracto del informe del comité presidido por el Dr. A. Dunning, nombrado por el primer ministro de Holanda Lubbers, en agosto de 1990.

"... todas las sociedades han empezado a preocuparse por los problemas relacionados con las opciones 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. El gobierno ha propuesto cambios en el sistema de seguro de enfermedad. Entre los motivos para justificar los cambios 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 a la respon-

sabilidad individual."

1.a) El por qué de las opciones

Una razón importante es el envejecimiento de esa sociedad, lo que lleva a una mayor demanda del cuidado de la salud y a un mayor cuidado de los enfermos crónicos. Otra es el acelerado cambio científico y tecnológico que atrae fondos y publicidad. Al mismo tiempo, los recursos financieros son limitados. El objetivo central es el control del costo, y como finalidad central de la política del cuidado de la salud holandés, la disminución colectiva de impuestos, que lleva 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. El suministro de atención sanitaria crece en tamaño y complejidad. Los desarrollos tecnológicos y científicos van unidos a la creciente especialización sanitaria y a 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.

El número de puestos de trabajo en el cuidado de la salud es grande. También se indica la necesidad de mayor número de especialistas y profesionales. Las listas para el cuidado de disminuidos mentales, residencias para mayores, para enfermos crónicos y cuidado familiar va en aumento. Parece que la sociedad se inclina más a que el usuario pague parte de estos

cuidados.

El comité insiste en la necesidad de una formulación explícita de la decisión de si hay que proteger a estos grupos. Para la mejora de las precisiones se dan tres opciones:

- 1) Disponer de más dinero para cuidado de la salud: esto tiene límites.
- 2) Ser más eficiente: el comité da una prioridad muy elevada a esta opción y cree que se puede hacer mucho, pero reconoce que una mayor eficacia no impide la necesidad de la opción.
- 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. Esto incluiría el cuidado hospitalario y el de los enfermos mentales, las urgencias y el cuidado intensivo.

1.b) Solidaridad y responsabilidad individual

La solidaridad es el discernimiento de la unidad y una disposición favorable a sobrellevar sus consecuencias. La solidaridad puede ser voluntaria, que se da cuando la gente se comporta con fines humanitarios, u obligatorios cuando el gobierno impone contribuciones a la población, con el fin de poder preservar servicios para todos. La solidaridad obligatoria es, por muchas razones, un tema central en el seguro social de la salud.

En la comunidad holandesa lo más importante es la igualdad constitucional. De esta manera se aseguran los riesgos y beneficios a largo plazo. En el sistema de seguro revisado, todo habitante está asegurado por

un amplio paquete básico mediante el pago de una cuota proporcional a sus ingresos, esto significa solidaridad general extendida a toda la población. La solidaridad puede ser restringida si está basada en la edad, estilo de vida, las opciones personales y la reciprocidad (requerimiento de haber participado en algún programa de donación de sangre para poder recibir una transfusión).

1.c) Opciones del sistema

El sistema que se propone está muy regulado, tendiendo a producir un balance equitativo de intereses por medio de contratos de salud acordados entre suministradores y pacientes. Este sistema puede resultar escaso o muy racionado. En 1991 el gabinete decidió incluir todas las clases de cuidado que consideró esenciales en el paquete básico, lo que significa un 95% de los servicios, incluyendo pacientes externos e internos agudos y crónicos, ayuda psicosocial, ayuda a los desvalidos sociales y productos farmacéuticos. La elaboración del cuidado, descripción de los contenidos, la amplitud de los servicios y la naturaleza de las condiciones con las que se preve el servicio deben ser definidos. El gabinete no deja nada librado al azar. Esto da la oportunidad de investigar los servicios y reducirlos a lo necesario y efectivo. Por ejemplo, la elaboración de una lista de medicamentos esenciales y la limitación de la fisioterapia.

2) Caso del estado americano de Oregón (20)

El estado de Oregón estableció en 1987 un sistema con prioridades en el cuidado de la salud. El sistema contempla tres pasos:

- Colocar las combinaciones

de diagnóstico y tratamientos en categorías, y ordenarlas con un criterio de prioridad basada en tres criterios: valor para la comunidad, valor para el potencial del paciente y los requerimientos de un paquete básico.

- Ordenar las combinaciones de diagnóstico-tratamiento por categorías según su valor neto agregado.
- Sopesar los resultados usando criterios de racionalidad tales como la influencia de la salud pública, el costo del tratamiento, el número de casos, la eficiencia del tratamiento y los 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 ser delegado a la responsabilidad individual. Uno puede imaginarse los cuatro criterios como una especie de conducto con cuatro redes que almacenen ciertas clases de cuidado.

La primera red tiene los servicios necesarios, basados en un enfoque orientado hacia la comunidad. La segunda selecciona según la efectividad y sólo permite el paso de lo que ha sido confirmado y documentado como efectivo. La tercera selecciona según la eficiencia que puede ser medida por métodos como el análisis de costo/eficiencia. La cuarta red tiene los servicios cuya responsabilidad puede dejarse al individuo. El comité considera que cualquiera de las cuatro redes no necesita estar incluida en el paquete básico. El ejemplo Oregón tiene tres pasos en la toma de decisiones: primero se pueden identificar y ordenar categorías de combinaciones de tratamientos y

diagnósticos y otorgarle 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.

Existen gestores de seguros que ofrecen planes básicos con diferentes modalidades que se pautan por contrato. Estos contratos pueden ser elegidos con libertad según las necesidades del paciente. El comité urge para que las organizaciones del paciente-consumidor evalúen modos de proceder según el punto de vista del usuario y desarrollen informes para los consumidores basados en estas evaluaciones.

Los que abogan a favor del plan de Oregón arguyen que los ingresos adicionales serán más fáciles de obtener, cuando la legislación se vea obligada a disminuir los beneficios y no pueda disfrazar el racionamiento al incrementar el número de condiciones para ser beneficiario. Esto, a su vez, disminuiría la desigualdad. Si mantenemos solamente una versión débil del requisito de prioridad a los pobres, podríamos creer que el plan es aceptable, aun cuando algunos entre éstos llevan el peso de la disminución total de la 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 que sea éste el resultado esperado.

El plan Oregón implica racionamiento público explícito; desaprueba el racionamiento furtivo introducido por las maquinaciones ocultas de un mer-

cado, o enterrado bajo las sigilosas decisiones profesionales de los proveedores. La racionalización es el resultado de dos pasos:

- Tener en cuenta valores comunitarios, determinar prioridades entre los servicios en un conjunto de posibles beneficios.
- La legislación decide lo que hay que gastar según los fondos del estado.

Algunos servicios de baja prioridad pueden quedar excluidos del plan y además ser aprobados por el Health and Human Services.

Oregón hace partícipe a la opinión pública de la elección de prioridades considerando así que los resultados son el reflejo del consentimiento de los que sufrirán los efectos. Puesto que quizás no hay una única manera honesta y justa de efectuar el racionamiento de los servicios, la participación hace que de cierta forma el resultado sea compartido.

CONCLUSIONES

- La bioética tiene un valor fundamental en salud y en la asignación de los recursos, teniendo en cuenta el respeto por la persona tanto en las decisiones individuales como colectivas.

- El método generalmente usado para hacer este tipo de análisis es la construcción de un árbol de decisiones que permite el cálculo del valor relativo específico de cada decisión para elegir la más valiosa.

- En la educación profesional, el tema de la bioética se hace cada vez más ineludible. En los EE.UU. ya un grupo de profesores publicó recomendaciones de su introducción en el pregrado médico (Basic Curricular Goals in Medical Ethics). En el Reino Unido, el documen-

to Tomorrow's doctors (1993) planteó que la enseñanza de la ética médica debía estar en la currícula obligatoria. En América latina las iniciativas son incipientes en parte por falta de objetivos claros y de recursos docentes entrenados.(21) Los objetivos de la enseñanza de la bioética deben ser que el profesional de salud, además de su formación técnica, sea capaz de considerar los aspectos éticos y sociales de su práctica en el contexto de la realidad en la cual va a trabajar.

- Si bien adelantos tecnológicos han contribuido a mejorar los niveles de salud de la población, estos han sido utilizados en forma exagerada por la profesión médica desvalorizando la influencia del progreso social y económico. Por otra parte, los beneficios de estos adelantos han sido distribuidos en forma desigual en la población, aprovechados principalmente por los sectores de mayores recursos. Es aquí donde entraría el accionar de la ética médica.

- Salvaguardar el derecho de salud: derecho que está en peligro por las desigualdades socioeconómicas, la inequidad en el acceso a los servicios y la transformación de la salud en mercancía, supeditada a las entidades financieras internacionales. La privatización de los servicios de salud y su organización está en manos de los banqueros que no toman los mínimos recaudos sociales, aplicando leyes tales como el principio ganar-ganar. En América Latina los recursos asignados en salud son sistemáticamente escasos, siendo éste un problema ético y político de primera magnitud.

- El resultado de evaluaciones bioéticas en las que el factor económico juegue un papel preponderante, puede variar mu-

cho, pero obliga a una clara definición de objetivos institucionales y a una fundamentación racional de las elecciones realizadas.

- Encauzar la tarea institucional es más alentador que continuar administrando la escasez bajo el imperio de la lógica salvaje del "todo vale".

- Las teorías de justicia sanitaria son el marco de referencia moral indispensable para poder juzgar sobre la equidad y por ende sobre la ética de los sistemas de salud. No obstante, el diseño de los sistemas de salud no responde al desarrollo de principios filosóficos sanitarios, porque no tienen como fundamento una determinada teoría sanitaria, sino que responden a coyunturas extrasanitarias.

- El modelo económico hacia el cual se ha tendido en los últimos veinte años es el de la economía de mercado y ante la crisis se ha tendido al racionalismo. Sin embargo, los sistemas de salud de la seguridad social deberían ser muy cuidadosos en el financiamiento y las formas de pago a los proveedores, en los requisitos de calidad a observar en los controles, en la manera de informar a los usuarios, para no dejar la provisión de servicios de salud a las solas fuerzas del mercado. La clave estaría en establecer mecanismos de contratación y de pago mediante los cuales la práctica de la medicina no se vea sesgada por factores económicos; en otras palabras, se trata de que el factor económico sea natural en la relación médico-paciente.

- La asistencia primaria podría pagarse mediante salario médico y/o cápita, mientras que el pago de la mayoría de las prácticas se realizaría por aranceles modulares globalizados. Esto requiere un cálculo econó-

mico globalizado.

- Los sistemas de salud de la seguridad social pueden solucionar muchos de sus actuales problemas, como la ineficiencia, la burocracia, la ausencia de programas prestacionales y la corrupción, mediante la competencia de aseguradoras. Sólo una regulación coherente puede evitar las desventajas de las estrategias de mercado. En este sentido se deberían establecer normas muy estrictas que, defendiendo a los usuarios, no permitan el ajuste por la cantidad ni la selección de riesgo. Lo ideal sería un sistema solidario en el que todos los recursos se dividieran en partes iguales entre todos los beneficiarios, de manera que todos contaran con una cantidad igual por riesgo.

- Tal como en el caso del sistema de salud holandés podría establecerse la obligación para las aseguradoras de contar con un paquete único de prestaciones, que debería estar disponible para todos los beneficiarios en igualdad de condiciones, independientemente de su nivel de ingreso o de riesgo. De esta manera el techo de las prestaciones estaría tal vez más bajo pero el piso sería más alto. Este tipo de medidas debería complementarse con una fuerte regulación para evitar las maniobras selectivas y expulsivas señaladas más arriba.

- Durante este trabajo la pregunta fue: ¿hay posibilidad de justicia sanitaria en un sistema de salud centrado en el libre mercado? La respuesta será afirmativa o negativa de acuerdo al siguiente razonamiento: si por libertad entendemos la libertad de los prestadores y las aseguradoras la respuesta es NO, si en cambio se trata de una libertad igual para todos, la respuesta podría ser SI.

- El caso Oregón nos muestra un ejemplo de esfuerzo nacional. Oregón propone un acceso universal al cuidado básico de la salud y propone que el racionamiento sea un objeto de debate público, pero no deberíamos ampliar nuestra actual legislación con un plan nacional. En contraste, racionando en una póliza única, el esquema de un seguro público que cubriera a todos los grupos de cualquier 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 sistema Oregón. De todos modos, debemos ver aún si el plan Oregón es 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.

Bibliografía

1. Penchaszadeh Victor B. Bioética y Atención Médica. Cuadernos Médico Sociales. Bolivia; 1998; 75:78-84
2. Rodríguez Del Pozo Pablo. Bioética y Asignación de Recursos en Salud. Cuadernos Del Programa Regional de Bioética. 1995; 1: 91-6
3. Sen, Amartya. Ethics and Economics Basic. Blackwell. N.York. 1987; 7
4. García Sainz Mauricio. La Ética en la Toma de Decisiones Médicas. Medicina y Ética. 1994; 3: 349-54
5. Rodríguez Carmen, Fernández Lamelas M. La Necesidad de la Espiritualidad en el Enfermo. Cuaderno de Bioética. 1995; 25:343-5

6. Pauker S.G; Kassirer J.P. Therapeutic decision making: a cost benefit analysis. *N Eng J Med* 1975;293:229-34
7. Vilardel. Problemas Éticos de la Tecnología Médica. *Bol of Saint Panamericana*. 1990;108:5-6
8. Cecchetto Sergio. Economía y Bioética en el Final de La Vida. *Quiron*.1992; 23:81-4
9. Blanch Josefa, Serra Paris. Los no Profesionales y la Desigual Distribución de los Recursos. *Jano*. 1986; 746:64-70
10. Ruark J. Raffin. Stanford University Medical Center. Comité In Ethics *NEJM*. 1998.
11. Nino Carlos Santiago. El Problema es que el Autoritarismo no da Relevancia Moral. *Ética y derechos*. Edición Paidós.1984; 3.
12. Veatch Robert. *Theory of Medical Ethics*. N. York.1981; 275.
13. Rosenthal Gerald, Fox Daniel M.. *A Right to what? Toward adequate minimum standards for personal health services*. *Health and Society*. N.Y. 1998; 56:1-6.
14. Rawls Jhon. *A theory of Neo Contractualista*. University Oxford.1973
15. PID U.B.A. *La justicia en la Salud . Criterios para la Asignación de recursos en la salud pública*. Buenos Aires. U.B.A. 1994; 34.
16. Otero Ricardo, Pozos Pablo. *Bioética y Asignación de Recursos. Nuestro Sistema de Salud. Causas de la Crisis y Bases para la Discusión sobre su Futuro*. Asociación Argentina del derecho del Trabajo y la Seguridad Social. Cuadernos Del Programa Regional de Bioética. 1995; 1:91-106
17. Fenstein Jonathan S. *Las mayores necesidades sanitarias de los sectores económicos más bajos. The Relationship between socioeconomic status and health: Review of the literature*. 1993; 71: 279-322
18. Van De Ven Aynand René. *Experience in the Netherlands - Health Affairs* 1994; 120-36.
19. Lubbers R.F. *Opciones de la atención Sanitaria*. *Labor Hospitalaria*. Extracto de un informe 1990; 1:227-34
20. Daniels Norman. *Cuidado al Infra Asegurado y al No Asegurado. Plan de Racionamiento de Oregón*. *Oregón Basic Health Services*. *Labor Hospitalaria* 1994;233-4:212-7
21. Stason William. *Audaz iniciativa de Oregón sobre Medicad*. *Labor Hospitalaria* 1994; 234: 218-20.
22. Woters A. *Patrones de la Atención de Salud en Países en Desarrollo; Función del Medio Tecnológico en la Derivación*. *Boletín de la Oficina Panamericana*. 1993; 115:128-39.