

Asignación de recursos escasos en pediatría

Dr. Armando Garduño-Espinosa *, Dra. Rosaura Rosas-Vargas **, Dr. José Reynés-Manzur ***

RESUMEN

La asignación de recursos escasos es un tema fundamental en el desarrollo de los sistemas de salud; y dado que nunca son suficientes, dan origen a dilemas relacionados con la justicia. Se discuten las diversas teorías de justicia distributiva: liberal; igualitaria y utilitarista, así como los principios éticos y el costo-beneficio, es decir, las consecuencias. Se plantea a la medicina paliativa como una estrategia para reducir los costos de la atención hospitalaria, que permita una mejor asignación.

Palabras clave: Recursos, asignación, justicia distributiva, liberal, igualitaria, utilitarista.

ABSTRACT

Limited resources assignment is fundamental in the development of health services and since they will never be enough, justice issues arise. Many distributive justice theories are discussed: liberal, equitable and utilitarian, as well as ethic principles and cost-benefit relation, that is, the consequences. Palliative medicine is suggested as a strategy to reduce the cost of hospitable care and to enhance its designation.

Key words: Resources, assignation, distributive justice, liberal, equalitarian, utilitarian.

Uno de los temas más polémicos en Bioética, es el de la justicia social, su discusión puede superar incluso a los grandes tópicos como el del aborto o la eutanasia, porque incluye a todos los miembros de la sociedad y tiene que ver con el acceso justo a los servicios de salud, ya que los recursos no alcanzan para todos. Las soluciones a esta situación son muy difíciles y nunca satisfacen a todos; la elección que hace el director de un centro hospitalario favorece a

unos y perjudica a otros; hay una desigualdad entre los derechos de unos y de otros, lo cual es frustrante y pone en entredicho el tema de la justicia; por este motivo, es necesario tratar de establecer prioridades, de acuerdo a las necesidades primordiales de los pacientes y del país, estrategia que propicia el desarrollo de una mejor gestión de los servicios de salud; permite una mejor asignación; contribuye en la equidad ante las desigualdades sanitarias y sociales; facilita la eficiencia dirigiendo los recursos a los servicios que tienen mayor impacto en la salud y calidad de vida de la población; pondera los derechos de unos y de otros, que en teoría son idénticos. Todo esto es de vital importancia, pues permite maximizar el bien de un paciente en el que se aplica un recurso y minimizar el daño en el paciente que no lo recibe.

Los médicos, los políticos, los economistas y el público en general, se hacen constantemente preguntas muy complejas, para saber si es justo un sistema de salud, cómo actuar en él cuando los recursos son escasos en relación a las necesidades y cómo distribuir un presupuesto insuficiente. Este escenario es mucho más complicado en naciones pobres, la mayoría en desarrollo, que intentan tener acceso a las novedades tecnológicas y la investigación de nuevos tratamientos, algunos de ellos muy costosos. Diego Gracia, considera que para tratar de

* Subdirector de Medicina

** Directora de Enseñanza

*** Director Médico

Correspondencia: Dr. Armando Garduño-Espinosa. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C, colonia Insurgentes-Cuicuilco, Coyoacán, Ciudad de México, CP 04530. Teléfono: 10840900 extensión 1162 Correo electrónico: armandogarduno@hotmail.com

Recibido: enero, 2013

Aceptado: mayo, 2013

Este artículo debe citarse como: Garduño-Espinosa A, Rosas-Vargas R, Reynés-Manzur J. Asignación de recursos escasos en pediatría. Acta Pediatr Mex 2013;34:295-302.

www.nitoeditores.com.mx

contestar preguntas tan complejas, el punto debe ser analizado desde dos momentos: el nivel deontológico, que se relaciona con los principios éticos y, el nivel teleológico o de las consecuencias, íntimamente ligado a la relación costo-beneficio ¹. Para Drane, la asignación de los recursos tiene que ver con la justicia en salud, que se relaciona con lo que los filósofos llaman justicia distributiva y es una de las principales preocupaciones para la Ética médica, ya que actuar con justicia es muy complicado; las personas piensan en forma muy diferente al respecto. En los últimos treinta años se ha debatido mucho en este tema y poco se ha logrado avanzar ². Beauchamp, relaciona la justicia distributiva con la distribución igual, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas que estructuran la cooperación social ³.

Otro aspecto notable se relaciona con el hecho de que la distribución del presupuesto debe tomar en consideración el nivel de atención que proporcionan las diversas instituciones de salud. En el primero y el segundo niveles, la prevención y el mantenimiento de la salud son las máximas prioridades, pero en el tercer nivel o de alta especialidad, donde se atienden pacientes con enfermedades complejas, se requiere impulsar la investigación para encontrar nuevas opciones y formar personal especializado; se requiere un análisis diferente, sobre todo por la transición epidemiológica que ocurre en nuestro país, donde las enfermedades crónico-degenerativas, particularmente el cáncer, las que requieren trasplantes, necesitan grandes inversiones para la atención. Aun siendo pobres, los países deben tratar de ir a la vanguardia en salud, sobre todo optimizando recursos con diversas estrategias de ahorro. Cuadro 1

NIVEL DEONTOLÓGICO

Desde este punto de vista, se considera que un sistema es justo cuando se adapta a las Leyes y a la Moral. Estos principios parten del Derecho Romano ¹ y tienen como premisa “dar a cada quien lo suyo”.

En las leyes de México, los diversos Planes Nacionales de Desarrollo, han enfatizado que el objetivo más amplio de la política de salud, asistencia y seguridad social, persigue impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativos y humanitarios, que coadyuven al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social. El derecho a la protección de la salud que tiene toda persona, señalado

en el artículo 4º. de la Constitución Política de este país, se reglamenta en la Ley General de Salud (LGS), que se aplica en toda la República; establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. ⁵⁻⁷

En el Programa de Protección Social en Salud, conocido coloquialmente como Seguro Popular, se ha efectuado priorización de recursos y se enuncia en el artículo 77 bis 29, párrafo primero de la Ley General de Salud, donde se establecen como gastos catastróficos a los que derivan de tratamientos y medicamentos asociados que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con que ocurren. Para una familia de cualquier parte del mundo, tener a un miembro con cáncer es el ejemplo típico de una enfermedad devastadora desde todos los puntos de vista. En el párrafo segundo, se considera la constitución de un fondo de reserva, sin límites de anualidad presupuestal y con reglas definidas por la Secretaría de Salud. El Consejo de Salubridad General actualizará periódicamente estas categorías. ⁵

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El Manual de Ética Médica, de la Asociación Médica Mundial, única organización que agrupa a médicos de todo el mundo, creada en 1947 y la gran mayoría de Declaraciones y Códigos de Ética, señalan que: “el médico debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad”, considerándolos como iguales en derechos. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, promulgada en el seno de la Organización de las Naciones Unidas, en 1948 lo reafirma señalando: “todos los hombres nacen libres e iguales en dignidad y derechos”. Esta Declaración es un tratado internacional firmado por el Senado de la República y jerárquicamente en leyes en México, sólo está por debajo de la Constitución de este país. Ante estos postulados, la asistencia sanitaria pasa a ser un derecho que se exige en justicia; teóricamente todos deben recibir recursos; así está escrito; es el propósito; pero el problema es que el dinero no alcanza. ^{1-3,8-9}

La racionalización de la salud o la asignación de los recursos, se practica en tres niveles:

- a) Al más alto nivel (macro). El gobierno decide qué tanto del presupuesto se asigna a la salud; qué tipo de atención será gratuita y qué otra requerirá un pago del paciente, o de sus seguros; cuánto se destina al pago del personal; cuánto irá a gastos para

Cuadro 1. Experiencias internacionales sobre priorización en salud ⁴

Sitio	Posturas
1. Asociación Católica de Salud (EE.UU.).	-El Racionamiento debe estar orientado al bien común -Debe haber un nivel básico de atención para todos -La prestación sanitaria de personas con desventajas tiene prioridad ética -Debe estar libre de discriminación.
2. Oregón (USA)	-Es necesaria la consulta pública. Cuando se le preguntó a la población de este Estado si habría que atender a 3000 discapacitados o al programa de trasplantes, la mayoría exigieron cancelar los trasplantes. -Se habló en favor de máxima cantidad de Salud por el menor costo
3. Instituto de Medicina	-Pondera 7 etapas y 7 criterios. Propone su revisión cada 5 años y ciclo de priorización cada tres -Prevalencia de la situación específica -Costo de la tecnología utilizada -Carga de la enfermedad
4. España	-Se propone excluir del paquete básico cuando no exista evidencia científica sobre la seguridad de un procedimiento.
5. Chile	- El proceso involucra un análisis cuantitativo de la carga de enfermedad (carga de enfermedad =medición que permite cuantificar el impacto de las muertes prematuras y de la discapacidad en una población). Asimismo un análisis de costo-efectividad, que permite identificar las intervenciones en salud que alcanzan el mayor impacto en la población, sobre todo a bajo costo.

funcionamiento del hospital; cuánto a enseñanza e investigación y cuánto a programas específicos como el que necesitan los pacientes con SIDA, tuberculosis, trasplantes; pacientes en fase terminal, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que el gasto en salud sea alrededor del 8% del Producto Interno Bruto (PIB); En México, es actualmente del 5.9%, que es la proporción más baja entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Ese 5.9% es aportado en mayor medida por el sector privado con 3.1%, mientras que el restante 2.8% proviene del sector público. El promedio en los países de la OCDE es de 9% del PIB. El país con la mejor proporción es Estados Unidos con 16%. Le siguen Francia con 11.2% y Suiza con 10.7%. Los países con porcentajes más bajos, pero mayores al de México son Turquía, con 6% y Corea del Sur con 6.5%. Estos datos corresponden a 2008 y son los últimos disponibles para el total de 31 naciones analizadas.

En equipos de resonancia magnética, México ocupa el último lugar con 1.5 equipos por cada millón de

habitantes. En Japón, existen 43 equipos por cada millón, que es el índice más alto. ¹⁰ Estos datos duros muestran en parte el gran atraso de nuestro país en la situación de salud, razón por la cual es indispensable que gobierno y sociedad participen con políticas responsables para optimizar los pocos recursos. El Sistema de Salud de este país es mixto, público y privado; han sido notablemente insuficientes para ofrecer buenos resultados para la población. En el privado, el que predomina es el libre mercado y las personas que pueden pagar la atención o los seguros de gastos médicos se benefician de este tipo de atención. La inmensa mayoría de la población no tiene acceso a estos planes.

- b) Institucional (medio). Las autoridades del hospital deciden cómo distribuir los recursos: qué servicios proporcionar, pago al personal, seguridad, remodelaciones, ampliaciones, etc.
- c) A nivel de cada paciente (micro). Los médicos, principalmente, deciden los exámenes que se requieren; qué medicamentos usar, si de patente o genéricos; si hay que hospitalizar al paciente. Se considera que los médicos son los responsables de generar el 80% de los gastos para la salud. En este

aspecto, si el personal actúa racionalmente, podría ahorrar una gran cantidad de recursos. Un ejemplo sencillo: cuando en la ciudad el agua escasea, las personas la ahorran para poder cubrir sus necesidades, la cuidan. Así debe ser en muchos ámbitos de la sociedad, incluyendo en las instituciones de tercer nivel.

Las medidas que se toman en cada nivel tienen un componente ético principal, ya que están basadas en valores y tienen consecuencias importantes para la salud y el bienestar de las personas y las comunidades. Las personas están expuestas a las decisiones en todos los niveles, pero más a nivel micro.^{1-3,8-9}

Tradicionalmente se esperaba que el médico actuara sólo por el bien de sus pacientes, sin considerar las necesidades de los demás. Los principales valores de compasión, competencia y autonomía estaban dirigidos a satisfacer las necesidades de sus propios pacientes. Este enfoque individualista sobrevivió al paternalismo del médico y la autonomía del paciente, en que la voluntad del enfermo se convirtió en el principal criterio para decidir qué recursos emplear; sin embargo, otro valor, la justicia, se ha transformado en un factor importante en la toma de las decisiones médicas. Esto implica un aspecto más social de la asignación de los recursos, que considera las necesidades y derechos de otros pacientes. Significa que el médico es responsable no sólo de sus propios pacientes, sino que en cierta medida, también de los demás. Ya no es suficiente que el galeno prescriba un estudio o un tratamiento costosos, sólo porque ya existe en otras partes del mundo y que señale que “si no hay dinero, no es mi problema, que el hospital lo consiga”. En cada decisión de esta naturaleza, se necesita elegir, considerando lo individual y lo colectivo^{8,9}. En el caso de medicamentos de alto costo, conocidos como “huérfanos”, y ante la demanda que los familiares realizan ante un juez, argumentando el derecho a la salud de sus hijos, para que un hospital proporcione este tratamiento al niño enfermo, el juez decide y envía una orden a dicho nosocomio para que se administre al paciente el medicamento, pero el hospital no tiene dinero para adquirirlo, ¿Qué se debe hacer? ¿Hay que administrarlo al paciente a costa de sacrificar el tratamiento de muchos otros niños, quizá cientos o miles? O se debe apelar la decisión del juez, considerando el mayor beneficio para la mayoría como la directriz a seguir.

Esta interpretación es ya considerada en la mayoría de los Códigos de Ética de muchas asociaciones y en la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre los derechos de los pacientes, que estipula: “en circunstancias cuando se debe elegir entre pacientes potenciales para un tratamiento, que es limitado, todos los pacientes tienen derecho a una selección justa para este tratamiento”. Esta decisión debe estar basada en criterios médicos y debe hacerse sin discriminación. Una manera en que el médico puede ser responsable en la asignación de los recursos, es evitando las prácticas inútiles e ineficaces, incluso cuando los pacientes las solicitan. Las Guías de Práctica Clínica, ayudan a distinguir entre los tratamientos eficaces y los inútiles. El médico debe familiarizarse con estas normas a fin de preservar los recursos y proporcionar el tratamiento óptimo a su paciente.

El Instituto Nacional de Pediatría, cuenta con una política del final de la vida y un servicio de cuidados paliativos para la atención a niños en la fase terminal; con normas para evitar el exceso de tratamientos inútiles, que sólo prolongan la agonía. En la actualidad muchos pacientes pueden ser enviados a su domicilio y donde continúan su tratamiento, evitando muchos días de hospitalización. Así se optimizan los recursos y los pacientes son tratados en forma apropiada^{1-3,8-11,12}.

De acuerdo a lo informado por el Instituto Mexicano del Seguro Social sobre el costo de la atención hospitalaria en tercer nivel de atención y publicado en el Diario Oficial de la Federación en marzo 2009, el costo día-cama es de 4,700 pesos en un servicio convencional; con cuidado intensivo es de 28,000 pesos. Esto pone de relieve la importancia de atender a los pacientes en su domicilio. En esta situación; las políticas del final de la vida enviando a casa a los enfermos, se convierten en una estrategia real, humana, digna, que no trastoca derechos de ningún paciente. En Europa, se intenta ampliar esta estrategia, lo que ellos llaman “llevar a casa el hospital”. En México hay muy pocas unidades de esta naturaleza. En el presente año esta unidad, realizó un exhorto al Ejecutivo Federal a través de la Cámara de Diputados, para impulsar esta política, con planteamientos de unidades de atención sustentables^{11,12}.

Un tipo de decisión sobre asignación, que deben tomar muchos médicos, es la elección entre dos o más pacientes que necesitan un recurso escaso, como la atención de personal de urgencia, disponibilidad de una cama en terapia intensiva, órganos para trasplante, exámenes y

medicamentos muy costosos, una campaña de vacunación o trasplantes de corazón. En Oregón, EE.UU., en 1987, se consideraba que 30 trasplantes de corazón, médula ósea, hígado y páncreas equivalían al control prenatal de 1,500 mujeres. Un trasplante de hígado tiene un costo aproximado de 200,000 dólares y hace 20 años el 76% de los pacientes que lo recibía, sobrevivían un año, lo que significaba en años de vida ajustados a la calidad, un beneficio muy pobre. Hoy la supervivencia ha mejorado notablemente.³

El médico que controla estos recursos debe decidir qué pacientes tendrán acceso a ellos y cuáles no, sabiendo muy bien que los que no tendrán acceso a estos recursos, pueden sufrir e incluso morir. Muchos médicos, sobre todo los que tienen cargos administrativos y son encargados de generar políticas, enfrentarán estos dilemas. Estos médicos, que abordan los problemas de asignación, deben ponderar y tratar de equilibrar los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia y otros más como la solidaridad, para que en este dilema respecto a los derechos de unos y otros, se resuelva con menor daño. No hay una respuesta clara y precisa y por eso la evaluación y discusión de los principios son un buen instrumento de ayuda. Si hay una sola cama en terapia intensiva y dos pacientes están en espera, y con las mismas probabilidades en su pronóstico, ¿A quién se le debe asignar? Aquí, la discusión de los principios éticos ayuda en gran medida a tratar de tomar la decisión más justa, aunque siempre queda en la mente de los médicos, la pregunta sobre si hicieron lo correcto.

ENFOQUES DE JUSTICIA DISTRIBUTIVA

- 1) Liberal. Los recursos deben ser asignados según los principios de mercado (la elección individual está condicionada por la capacidad de pago). Los que defienden esta teoría, como Engelhardt, consideran que esto no es injusto y tiene que ver con el mérito personal; piensan que los fumadores, los obesos por exceso de alimentación, las personas que practican deportes de alto riesgo, tienen responsabilidad individual y no colectiva. Afortunadamente, esto no sucede en los niños y no existe este dilema. No hay ningún intento de lograr la igualdad, pero dichos autores proponen que los sistemas de salud tengan un mínimo decoroso. Esta forma de justicia tiene
- limitada atención a los pobres. Se aplica en Estados Unidos de Norteamérica y en los países capitalistas^{1-3,8,9}.
- 2) Utilitario. Los recursos se asignan bajo el principio “del mayor bien para la mayoría”. Se aplica en la mayoría de los países. Los recursos se aplicarán para la mayoría de los pacientes y los grupos vulnerables o de reducido número; recibirán recursos, sólo si es posible. Debe darse preferencia a servicios sanitarios que, con menor costo, proporcionen mayores beneficios. Existen servicios sanitarios que no pueden exigirse en justicia por sus escasos beneficios en relación con su alto costo. No se trata de discutir el derecho de todo ser humano a una asistencia sanitaria, pero sí de cuestionar cómo se puede maximizar el beneficio de esa atención, de tal manera que pueda disfrutar de ella el mayor número de personas. Es una situación lamentable, porque en todo paciente hay sufrimiento y dolor, pero no se puede prescindir de esta discusión. La afirmación del derecho a una asistencia sanitaria no significa que tenga un carácter ilimitado. El presupuesto sanitario de un país no puede extenderse al infinito y choca con otros intereses y derechos sociales importantes como la educación, la vivienda, la seguridad, entre otros y esto lleva a una inevitable limitación de las prestaciones sanitarias que puede ofrecer una sociedad a todos sus miembros. El bien común sobrepasa al individual. Si un tratamiento es muy costoso, difícil de proporcionar, con resultados inciertos y reduce la capacidad para proporcionar otros servicios sanitarios básicos, la sociedad puede legítimamente optar por no utilizarlo. Por el contrario, si lo puede proporcionar con facilidad y no constituye una carga desproporcionada, debe incluirlo.^{1-3,8,9}
- Es importante que se considere que los seres humanos somos mortales, que en muchas ocasiones no debe prolongarse la vida inútilmente y se debe valorar bien cuando se usan los recursos en forma superflua, lo cual es otra buena forma de asignar recursos racionalmente.
- 3) Igualitario. Se deben asignar los recursos estrictamente según la necesidad (Suecia). En 1948, surgió en Inglaterra el primer servicio nacional de salud, protector de toda la población en cualquier circuns-

tancia. John Rawls, citado por Drane (2), propone su teoría de la justicia como equidad y señala que “todos los miembros de la sociedad son personas morales libres e iguales y aceptan los principios de rectitud y justicia”. Dice que, “oportunidades, derechos prerrogativas, ingresos y riquezas, habrán de ser distribuidos por igual”. Esta teoría señala que se logra igualdad cuando se asignan recursos a los que más lo necesitan y así se evitan disparidades. Los críticos a esta teoría señalan que hay grupos de pacientes muy necesitados que agotan rápidamente cualquier presupuesto. Un ejemplo es el caso de pacientes que requieren medicamentos “huérfanos”. En Suecia se decide que, cuando la aplicación de un recurso no es racional, debe evitarse.^{1-3,8,9}

NIVEL TELEOLÓGICO

El nivel de las consecuencias indica que sería injusta la asignación de recursos si no se consigue el máximo beneficio con el mínimo costo. Un director de hospital dispone de cierta cantidad de dinero y tiene que pensar cómo gastarla de modo que redunde en el máximo beneficio para la comunidad a la que sirve. El aspecto teleológico, cuyos representantes son los utilitaristas, señala que la justicia no es sólo el respeto a los principios morales sino también la maximización de las buenas consecuencias de los actos (máxima utilidad). Así, una acción eficiente o eficaz debe tener como base el análisis costo-beneficio y otros índices, como el de años de vida ajustados a la calidad.

Durante varias de las últimas décadas del siglo XX, los responsables de las políticas de salud fueron médicos quienes asignaban los recursos disponibles considerando sólo los aspectos éticos, basados en la Beneficencia y Justicia. Los materiales con que se contaba en muchos hospitales eran de la mejor calidad, aún siendo costosos; los nuevos aparatos del avance tecnológico eran adquiridos y utilizados lo más posible; no había políticas para la atención a enfermos en la fase terminal y se empleaba una multitud de recursos para mantener con vida a los pacientes por largo tiempo; los criterios para la justicia distributiva eran morales, pero el dinero se iba agotando, lo cual causó crisis económicas en diversas regiones del mundo. Esto llevó a que los economistas tomaron el control en la distribución de los presupuestos y acusaron a los médicos de derroche y que en el caso de continuar con ese modelo, el futuro

terminaría en desastre. Propusieron entonces criterios de racionalidad económica; señalaron que tan solo en los Estados Unidos de Norteamérica los gastos en salud se habían triplicado a partir de 1950. En 1990 Drane, señalaba que en los Estados Unidos de Norteamérica se gastaban 600,000 millones de dólares anualmente en la atención sanitaria, donde se asigna hasta el 16% del producto interno bruto. Habrá que preguntarse, después de tres décadas del arribo de los economistas a la salud, si las cuestiones de justicia social sobre todo en salud mejoraron. En realidad con este modelo no ha habido un avance significativo en salud de la población ni en su calidad de vida, incluso en EE.UU.^{1-3,9}

Entre médicos, economistas, políticos y pacientes que demandan cada vez mejor atención, se plantean preguntas complejas, tales como si hay que reducir los recursos a otros servicios primarios relacionados con el bienestar social, como la educación, la alimentación, el acceso al agua, la propiedad, para dar más a la asistencia sanitaria. Preguntan: ¿Todo gasto en salud es éticamente justificable y exigible en justicia?, ¿El derecho a la salud debe ser cubierto en toda su extensión o hay límites? ¿Cuáles son esos límites? Un ejemplo claro es el de la atención de pacientes con enfermedades en la fase terminal o irreversibles con calidad de vida muy limitada, en el caso de enfermos en estado vegetativo. ¿Dónde están los límites de la actuación? ¿Dónde la justicia se transforma en caridad? Los economistas consideran que no hay que hacer nada irracional, por ejemplo, proporcionar todos los recursos para pacientes con enfermedades en estado terminal; que sólo prolongan la agonía y una mala calidad de vida, con lo cual se afectan los derechos de estos pacientes al fomentar el sufrimiento a la vez que se reducen los recursos para otros pacientes.

Así, en muchos casos como el último ejemplo, hay servicios a los que no se les puede exigir en justicia, porque la relación riesgo-beneficio es muy baja. Jeremy Bentham, citado por Drane (2), estableció que el propósito de cualquier gobierno “es el logro de la máxima felicidad para la mayoría” y este es el mayor criterio de la teoría utilitarista aceptado al momento por los economistas. Para países como México, que cuenta con 60 millones de individuos en pobreza, es indispensable asignar los recursos con la mayor responsabilidad posible. La mayoría de la población es importante, pero también lo son los grupos de pacientes con graves malformaciones congénitas, los discapacitados, los que padecen cáncer u otras enfermedades degenerativas; los invidentes, los sordomudos, entre otros.

Los gobiernos deben asignar recursos a sus prioridades, pero también deben destinar una parte, dentro de sus posibilidades, para atender a pacientes con enfermedades muy complejas y así permitir también la investigación y el avance de la ciencia. La optimización también debe ser un propósito central evitando el dispendio. El derroche ocurre en todos los ámbitos y en todos los niveles. Si esto se controla, lo que parece difícil de cumplir, pero no imposible, se podrá dar un mejor uso al presupuesto. La educación, siempre es la clave.^{1-4,9}

Para la asignación de los recursos es necesario escuchar todas las voces involucradas y tratar de conjuntar los principios de ética y las consecuencias. No se debe abandonar a su suerte a muchos pacientes vulnerables que sufren enfermedades raras, complicadas o costosas, ya que aplicar exclusivamente la teoría utilitarista, favorita de los economistas, lastimará irreversiblemente a la medicina y sus principios éticos, que todavía la sostienen. Lo que sí es un hecho es que las instituciones de salud necesitan desarrollar investigación en economía de la salud, que intente responder una gran cantidad de preguntas, lo que hace necesario incorporar economistas en el campo o que algunos médicos se especialicen en el ramo.

Para Beauchamp, las políticas que rigen los asuntos prácticos complejos no pueden derivar de principios abstractos; para él, lo son los términos retóricos “necesidad, mínimo decoroso o enfermedad social, a todos por igual”, que no dan claridad en la toma de decisiones en forma práctica. Esta es una de las debilidades de la ética, que muchas personas continúan interpretando en forma abstracta, lo cual no ayuda a que los seres humanos podamos vivir mejor³.

Conocer las diversas teorías filosóficas y los conceptos éticos promueve una reflexión y un debate más inteligente para tratar temas tan complicados sobre la salud. Las soluciones a problemas de justicia se relacionan con frases grandilocuentes con poca solidez, algunas de ellas muy empleadas, sobre todo por los políticos, por ejemplo: “Los pacientes tienen derecho a la atención de la salud”. “Salud para todos”. “A cada quien según su necesidad”. Todas las teorías coinciden en ello; sin embargo, estas fórmulas no dan respuestas concretas a pacientes, médicos y administradores de la salud, quienes tendrán que dialogar, proponer ideas sobre lo que es mejor para cada enfermo, para cada comunidad, de acuerdo a sus circunstancias y perspectivas y cultura; la retórica no resuelve los problemas.

Terminamos señalando que no hay teoría que sea completa, que no hay fórmulas mágicas para resolver el asunto de la asignación de los recursos, que cada sistema de salud tiene sus inconvenientes y tendrá que hacer frente a sus insuficiencias en un clima de respeto y compromiso con sus pacientes, conjuntando criterios éticos y el costo-beneficio, los valores culturales, escuchando la voz de sus pacientes. Posiblemente la evaluación más importante, es optimar los recursos y evitar el dispendio; fomentar políticas del cuidado paliativo y la atención en casa, y promover que médicos y economistas acuerden lo más conveniente para países y enfermos y evitar que haya daño por enfermedad o la muerte si se cuenta con recursos para salvarlos. En efecto, ha habido experiencias en que los hospitales tienen subejercicio de su presupuesto y muchos pacientes pudieron haberse beneficiado. Para México, con el atraso que existe en salud, el mejorar es un compromiso obligado de las actuales y nuevas generaciones, para tratar de lograr una mejor calidad de vida de los pacientes y para salir de la situación precaria en que nos encontramos desde hace mucho tiempo, a pesar de los discursos políticos.

CONCLUSIONES

1. Todos los pacientes tienen derecho a la asistencia sanitaria. El Estado establecerá las modalidades.
2. Los recursos siempre son insuficientes.
3. Conocer las diversas teorías filosóficas permiten un debate más inteligente. No hay ninguna teoría que sea completa, aunque todas coinciden en que debe haber un mínimo decoroso.
4. Las decisiones para asignar un tratamiento a un paciente y a otro no, debe hacerse con estrictos criterios médicos y éticos (Medicina basada en evidencias, principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia distributiva y el costo-beneficio).
5. Se sabe de antemano que unos pacientes serán beneficiados y otros sufrirán. Hay que ponderar los derechos de todos, maximizar el bien del que lo recibe y minimizar el daño en quien no se aplica.
6. Los medicamentos de alto costo, incluyendo a los “huérfanos”, deben tratar de incluirse en el cuadro básico de medicamentos y en el Seguro Popular; de no ser así, debe prevalecer el bien común y no el individual; debe evaluarse rigurosamente su uso en los pacientes (criterios médicos, Guías de Práctica

Clínica, Derechos Humanos, etc.), pero no debe sacrificarse a la mayoría, si no existen los suficientes recursos para tratar a todos. La salida sería intentar recabar apoyos de fundaciones u otras organizaciones no gubernamentales, pero el Estado no tendría la obligación de atender este tipo de enfermedades si no tiene los recursos necesarios.

7. Deben evitarse tratamientos fútiles o superfluos que prolongan la vida en forma inútil. La Unidad de Cuidados Paliativos puede dar su opinión en estos casos. Debe fomentarse la política de atención en su domicilio a pacientes en la fase terminal con programas denominados “llevar a casa el hospital”.

REFERENCIAS

1. Gracia D. ¿qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Bol Of Sanit Panam. 1990;5-6:570-85.
2. Drane JF. Cuestiones de Justicia en la prestación de servicios de Salud. Bol Of Sanit Panam. 1990;5-6:586-95.
3. Beauchamp LT, Childress JF (editores). Principios de Ética Biomédica. 1a. Barcelona: Ed. Masson; 2002. p. 311-78.
4. Manual para la priorización de intervenciones de alto costo proyecto 2006. Consejo de Salubridad General; 2006. p. 7-18.
5. Ley General de Salud. 30ª. Ed, Sista, México 2011. p. 15,19-35,58.
6. Ley Federal de Entidades Paraestatales. 1ª. Reimpresión, México: Ed. Sista; 2007. p. 63-86.
7. Ley de los Institutos Nacionales de Salud. 30ª. México: Ed, Sista; 2011. p. 339-57.
8. El Médico y la sociedad, capítulo III, en: Manual de Ética Médica. Asociación Médica Mundial; 2005. p. 64.
9. El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos, en: Gafo J (editor). Bioética Teológica. 1ª ed. Madrid: Ed, Comillas; 2003. p. 141-77.
10. México destina 5.9% de su PIB a la salud, EU el 16%. <http://www.desdelared.com.mx/2010/notas-2/0630-pib-salud-ocde.html>
11. Manual de Procedimientos sobre Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Pediatría. Actualizado 2012
12. Garduño-Espinosa A, editor. Cuidados Paliativos Pediátricos. 1ª. Ed, México: Ed. Trillas; 2011.