

COLABORACIÓN ESPECIAL**LA GOBERNANZA COMPARTIDA Y LA RAZONABILIDAD COMO APORTACIONES ÉTICAS A LA POLÍTICA SANITARIA****Ana M Costa-Alcaraz (1,2,3), Fernando Calvo-Rigual (1,4) y Juan Carlos Siurana-Aparisi (1,5).**

- (1) Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València (GIBUV).
- (2) Centro de Salud Nazaret. Valencia.
- (3) Facultad de Medicina, Universitat de València.
- (4) Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva.
- (5) Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Universitat de València.

Este artículo forma parte del proyecto de investigación "La sostenibilidad de la atención sanitaria desde el reconocimiento recíproco de capacidades" (referencia: GIBUV-2013-01, del Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València). La aportación de Juan Carlos Siurana Aparisi se inserta, además, en las actividades del Grupo de Investigación de Excelencia PROMETEO/2009/085 de la Generalitat Valenciana y de la Red de Excelencia ISIC 2012/017 de la Generalitat Valenciana

Los autores afirman no tener conflictos de intereses.

RESUMEN

La salud es uno de los derechos humanos fundamentales. Reconocerla como tal conlleva la obligación estatal de garantizar un mínimo de oportunidades para mantenerla o recuperarla cuando se pierde. Ese mínimo puede quedar sin cubrir en épocas de crisis económica, como la que estamos viviendo.

La medicina gestionada (managed care) centrada en lo económico surgió tras la crisis de 1973, con el objetivo de condicionar las decisiones clínicas por factores económicos. En la práctica, la medicina gestionada convirtió el control de los costes económicos en un fin en sí mismo olvidando la equidad, por lo que ha sido cuestionada éticamente. Desde entonces, muchos autores han afrontado la tarea de compatibilizar eficiencia y equidad en la gestión sanitaria, pero el debate sigue abierto.

Partiendo de los pensamientos de Jennifer P. Ruger y Norman Daniels, defendemos que la gobernanza sanitaria compartida y la rendición de cuentas atendiendo a criterios de razonabilidad pueden ser dos importantes aportaciones éticas para lograr un sistema sanitario eficiente y justo. En el modelo que proponemos, tanto los ciudadanos como los profesionales y las instituciones sanitarias juegan su papel en cuanto al desarrollo de capacidades en el ámbito de la salud. Tales capacidades se refieren a estilos de vida saludables, información accesible y transparente, promoción de autocuidados, adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas, liderazgo basado en valores y co-responsabilidad para alcanzar los objetivos establecidos de modo razonable. Si desarrollamos estas capacidades habremos aprovechado la actual crisis económica como oportunidad de mejora ética en el ámbito sanitario.

Palabras clave: Ética. Bioética. Salud pública. Economía de la salud. Toma de decisiones. Eficiencia. Justicia social. Gestión clínica. Efectividad.

Correspondencia

Ana M Costa Alcaraz
Centro de Salud Nazaret
Calle Fernando Morais de la Horra, 2
46024 Valencia
ana.maria.costa@uv.es; anamc@ono.com
www.uv.es/gibuv

ABSTRACT**Shared Governance and Reasonableness as Ethical Contributions to Health Policy**

Health is one of the fundamental human rights. Recognizing it as a right means that the State has an obligation to ensure a minimum level of opportunities is maintained, and to restore it when lost. This minimum level may not be covered in periods of economic crisis, such as the one we are currently experiencing. Managed care, focused on economic questions, emerged after the crisis of 1973 in order to help make clinical decisions based on economic factors. In practice, the result of managed care was to turn economic cost control into an end in itself while forgetting about equity; something for which it has been challenged from an ethical perspective. Since then, many authors have attempted to reconcile efficiency and equity in health management, but the debate remains open. In this article, and basing our approach on the theories of P. Ruger and Norman Daniels, we argue that shared health governance and accountability for reasonableness can offer significant ethical contributions in the process of achieving an efficient and fair health system. In the model we propose, citizens, professionals and health institutions all play an active role in capacity building in the field of health. These capacities are related to healthy lifestyles, accessible and transparent information, the promotion of self-care, the acquisition of knowledge, skills and appropriate attitudes, leadership based on values and co-responsibility to achieve set goals in a reasonable way. If we develop these capacities, we will have used the current economic crisis as an opportunity for improving ethical practice in the field of health.

Keyword: Ethics. Bioethics. Public health. Health economics. Decision making. Efficiency. Social justice. Clinical governance. Effectiveness. Recognition.

EL DERECHO A LA SALUD ESTÁ AMENAZADO EN UN ENTORNO DE CRISIS ECONÓMICA

En la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se puede leer que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”¹. Se trata de uno de los derechos humanos y como tal está consagrado en numerosos tratados internacionales, así como recogido en constituciones de múltiples países. Reconocer la salud como derecho conlleva la obligación estatal de garantizar un mínimo de oportunidades para mantenerla y/o recuperarla en todos los ciudadanos. Con ese objetivo se han configurado los sistemas públicos de atención a la salud en diferentes países.

La salud es un bien intrínseco e instrumental simultáneamente. Deseable por sí misma e imprescindible para el desarrollo de múltiples capacidades humanas. Aunque es sabido que a mayor Producto Interior Bruto (PIB) en un país mayor expectativa de vida, dicha relación no es lineal y, por otra parte, países con el mismo PIB tienen diferentes expectativas de vida², lo cual indica la existencia de otros factores determinantes. Diversos determinantes individuales (como edad, sexo) y sociales (como estatus, nivel de ingresos, cultura) condicionan tanto un diferente riesgo de enfermar como una diferente capacidad de respuesta ante la enfermedad y, en consecuencia, condicionan desigualdades en salud.

Pero el bien y la justicia se complementan y son interdependientes. Y para el buen funcionamiento de las democracias resulta crucial priorizar la justicia sobre el bien. La cultura política de gobiernos democráticos se basa en concebir a la persona y a la sociedad como sistemas justos de cooperación³. Aceptando estas premisas, se puede afirmar que la política sanitaria debería de orientarse tanto hacia una justa asignación de recursos (equidad) como hacia el desarrollo de capacidades personales

para vivir la vida elegida (autonomía)⁴. Sin embargo, el crecimiento ilimitado de la oferta en tecnología biosanitaria hace difícil conseguir la equidad, especialmente en épocas de crisis económica, dada la limitación de los recursos disponibles en el sector público. Los responsables sanitarios tienen el deber de facilitar a los ciudadanos los avances en medicamentos y tecnología que ayuden a mejorar su esperanza y calidad de vida, pero procurando su uso racional. Sin él, ni es posible el acceso equitativo a los medios diagnósticos y/o terapéuticos ni se garantiza a medio plazo la sostenibilidad del sistema. El abuso de medios genera listas de espera innecesarias, tanto para la realización de pruebas diagnósticas como para el acceso a tratamientos. En cuanto a gastos sanitarios, según el informe SESPAS 2008, en España el 24% del gasto sanitario total lo generan los medicamentos (supera casi en el doble a la media de gasto en los países desarrollados de la Unión Europea) y del 20% al 30% del gasto es debido al uso excesivo de la tecnología⁵.

En este contexto, el derecho a la salud queda amenazado de dos modos: por un lado, porque el sistema resulta insostenible y no puede garantizar que vaya a poder atender a las demandas de cuidados del futuro y, por otro lado, porque las medidas urgentes que se tomen para reducir el coste pueden dejar fuera de la atención sanitaria a grupos vulnerables incapaces de defender sus derechos. Es necesario afrontar esta situación con medidas que permitan garantizar el derecho a la salud, pero, ¿cómo hacerlo?

LA RESPUESTA ÉTICAMENTE INCORRECTA QUE SURTIÓ EN UN CONTEXTO DE CRISIS ANTERIOR: LA MEDICINA GESTIONADA CENTRADA EN LO ECONÓMICO.

El mundo ha vivido ya otras crisis económicas con anterioridad. Tras la del petróleo de 1973, se produjo en los países industrializados un progresivo ajuste económico que lleva al surgimiento de la llamada “medicina

gestionada” (managed care)⁶ en torno a 1980. La medicina gestionada surge con el objetivo de condicionar las decisiones clínicas por factores económicos.

En 1983 se estableció en Estados Unidos el programa Medicare, administrado por el gobierno que, principalmente, provee atención a personas mayores de 65 años. Con la introducción de la medicina gestionada, este programa exigía a los hospitales auditorías externas sobre criterios de admisión y alta, asignación de pacientes a grupos de diagnóstico especializado, cantidad de atención y otros. Se pretendía que el profesional asumiera una parte del coste económico de la asistencia y fuera recompensado por su pericia y conocimiento, por ejemplo al remitir al paciente a especialistas o al pedir pruebas diagnósticas -entre otros aspectos-. Los profesionales sanitarios se veían castigados. Se les penalizaba por mantener hospitalizaciones prolongadas, por solicitar más de dos opiniones médicas para contrastar un diagnóstico, etc.

Así pues, en la práctica, la medicina gestionada convirtió el control de los costes económicos en un fin en sí mismo y no en un medio para mejorar la eficiencia y la equidad de las organizaciones sanitarias. El fin del ahorro económico sustituyó al fin de la asistencia sanitaria.

Las consecuencias de esta presión tan fuerte para contener costes no se hicieron esperar: negación de tratamientos, fallos en los diagnósticos, aumento de infecciones post-operatorias. Uno de los motivos de estas consecuencias negativas era la presión por reducir el número de días de hospitalización. La opción por la eficiencia, sin tener en cuenta la equidad terminó generando inequidad con ineficiencia⁷.

Cuando se comprobaron estas consecuencias comenzó a hablarse de unir la eficiencia con la equidad.

La eficiencia es la relación entre los servicios prestados y los recursos consumidos. Su objetivo es alcanzar los mismos servicios con la utilización de menos recursos o más servicios con los mismos recursos. La equidad consiste en que todas las personas puedan recibir la mejor asistencia sanitaria posible. Se trata de una obligación de justicia.

Con esta perspectiva empezó a reconocerse la necesidad de establecer mínimos óptimos por debajo de los cuales una asistencia sanitaria perdería su razón de ser y su finalidad⁸. Pero ¿cómo se consigue unir la eficiencia con la equidad en el ámbito sanitario?

UNIR EFICIENCIA Y EQUIDAD: APORTACIONES ÉTICAS COMO ALTERNATIVA A LA MEDICINA GES- TIONADA CENTRADA EN LO ECO- NÓMICO

Las aportaciones que se han realizado desde el campo de la ética buscando mejorar la eficiencia y la equidad de las políticas sanitarias han sido numerosas. Parece existir un acuerdo en que el coste elevado de la asistencia sanitaria requiere criterios para limitar las prestaciones, aunque a la hora de establecer cuáles el debate está abierto.

Algunos han propuesto que los profesionales sanitarios se conviertan en gestores directos de los recursos, pero Edmund D. Pellegrino⁹ muestra reservas al respecto, afirmando que lo que debe primar en estos profesionales no es el ahorro económico sino el correcto ejercicio sanitario, pues la función del profesional sanitario no es primariamente la gestión de los recursos¹⁰. Otro criterio propuesto para limitar la utilización de los recursos es el de la futilidad. Albert Jonsen¹¹ nos dice que cuando las técnicas no parecen tener ningún beneficio evidenciable en el paciente podrían reducirse o suprimirse. Considera que es necesario controlar el uso de técnicas inútiles y que este podría ser un criterio eficiente y justo.

Un mecanismo que se ha utilizado para limitar la utilización de los recursos es instaurar las listas de espera. El que existan listas de espera en la sanidad pública no es un accidente sino un procedimiento instituido para limitar prestaciones pero, en sí mismo, no es equitativo. Henk ten Have¹² nos recuerda que no es éticamente muy correcto atender a los pacientes por orden de llegada, son necesarios criterios para priorizar a quién debemos atender antes y a quién después, pero no están claros los criterios de equidad empleados al respecto.

Un autor que ha tenido cierto impacto internacional por ser uno de los fundadores del Hastings Center es Daniel Callahan, aunque sus ideas no dejan de resultar polémicas. Propone que la edad pueda considerarse un criterio para establecer límites en la atención sanitaria¹³. Según los datos que maneja, nos dice que será difícil mantener las pensiones a partir de 2020 y que muy pronto ya no será posible proporcionar asistencia sanitaria completa a los ancianos. Callahan¹⁴ propone limitar el acceso a la alta tecnología a personas muy mayores, pero esto podría incurrir en una postura ageísta (discriminación por motivo de edad).

¿Cómo podemos situarnos frente a este debate?

EFICIENCIA SIN DETRIMENTO DE LA EXCELENCIA SANITARIA

La asistencia sanitaria se ha convertido en un asunto de justicia social, referida a la cuestión de distribuir y asignar los recursos sanitarios, que son escasos. Hay que abordar los problemas de financiación y gestión de los recursos sanitarios. Para afrontarlo, la economía de la salud trata de introducir la racionalidad económica en el campo sanitario. Esta racionalidad nos dice que es injusto no buscar optimizar el uso de los recursos escasos con que se cuenta. Desde esta perspectiva la justicia distributiva debe regirse por la relación coste-beneficio.

La profesión médica ha entendido tradicionalmente que el médico debe hacer todo lo posible por el paciente, sea cual sea el coste, pero la nueva perspectiva economista afirma que es deber del médico tener en cuenta los costes al decidir qué línea de acción recomendar en cada caso. Según Jesús Conill, filósofo de la Escuela Valenciana, “la clave para resolver este posible conflicto está en reconocer que costes significa ‘sacrificios soportados por otra gente’ (...), la decisión de asignar recursos a un paciente implica negárselos a otro”¹⁵.

La práctica médica ética requiere considerar tanto los intereses del paciente actuales como los intereses de los pacientes potenciales. Desde la profesión médica, en cambio, se afirma que los médicos deben ejercer su libertad clínica teniendo en cuenta únicamente los intereses del paciente que tienen delante, pues de lo contrario se destruiría la relación médico-paciente.

Lo ético es considerar los intereses de todas las personas afectadas y para ello es necesario buscar el equilibrio entre los costes y los beneficios, esto ha de poder realizarse sin menoscabar la relación médico-paciente. En el texto antes citado, Conill afirma: “No hay nada inmoral en devenir más eficientes. Pero lo importante es que la presunta eficiencia no vaya en detrimento de la excelencia de la profesión sanitaria”¹⁵.

Para contener el gasto en la asistencia sanitaria se necesita una nueva cultura de gestión, capaz de introducir nuevas formas de organización con dimensión ética. En este sentido son muy recomendables los trabajos sobre la ética de las organizaciones sanitarias de Robert T Hall¹⁶, así como los de Edward M Spencer y otros¹⁷⁻¹⁹.

Entre los aspectos más importantes para llevar a cabo las alternativas organizativas que mejoren la gestión sanitaria cabe citar las siguientes: 1) los nuevos sistemas de información para la gestión, que tratan de

crear una base de datos para clasificar a los pacientes, sus riesgos, resultados de la atención hospitalaria, etc; 2) el papel de los contratos y de los incentivos y 3) un cambio axiológico de actitudes y de mentalidad capaz de configurar una cultura de la eficiencia.

Desde la perspectiva de la eficiencia también debemos criticar las consecuencias de la “medicina defensiva”, pues no sólo deteriora las relaciones sanitarias sino que además aumenta los gastos.

En países como Alemania, Reino Unido e Italia se ha introducido una cierta lógica de la competencia en el funcionamiento de los servicios sanitarios. Los propósitos de estas reformas son: 1) responsabilizar a los gestores del uso de los recursos; 2) posibilitar a los usuarios mayor grado de elección; 3) promover una conciencia de coste de los servicios; 4) ajustarse al presupuesto y 5) motivar al personal sanitario.

Un valor fundamental para innovar y optimizar los recursos humanos es lograr un clima de confianza, afirma Conill, pues sin una ética de la confianza, hecha de compromisos creíbles orientados a largo plazo, es imposible motivar a un personal cualificado y conseguir que esté dispuesto a cooperar con los objetivos de la empresa²⁰. Es importante recordar que la empresa es una organización e institución legitimada socialmente a partir de fines objetivos o intersubjetivos, como son los de curar y consolar, no por ser un mero negocio. Frente a la lógica de las empresas privadas, probablemente las empresas públicas podrían perfeccionarse desde la perspectiva propia del servicio de bienes públicos. Conill entiende que “cabría insistir en tres líneas de acción:

1) La profesionalización de los agentes sanitarios que incluya la preocupación por los problemas de justicia.

2) La promoción de empresas éticas conscientes de su responsabilidad pública.

3) La reforma de la Administración pública en pro de unos servicios públicos eficientes”.

Los dos primeros puntos están íntimamente ligados. Según este autor, profesionalidad y responsabilidad se implican mutuamente. La profesionalidad responsable exige dos requisitos: a) formación ética a la vez que técnica, y b) capacidad de autorregulación. Las actividades profesionales se modifican a lo largo del tiempo, tanto por el aumento de la capacitación técnica como por el cambio de la conciencia moral de las personas y la sociedad. Un gran reto actual es mantener la responsabilidad profesional en el nuevo contexto económico y empresarial de la sanidad. “Por consiguiente, habría que insistir primordialmente en la profesionalización, más que en la economización (impuesta por el imperialismo económico)”²¹.

LA GOBERNANZA COMPARTIDA DE JP RUGER Y LA RENDICIÓN DE CUENTAS ATENDIENDO A CRITERIOS DE RAZONABILIDAD DE N DANIELS COMO APORTACIONES ÉTICAS A LA POLÍTICA SANITARIA

Todas las decisiones de cambio en la atención sanitaria pública son experimentos con riesgos para los ciudadanos y potenciales colectivos perjudicados, motivo por el cual las decisiones tomadas deberían de contar siempre con un respaldo ético. Desde el ámbito de la economía política y las políticas sanitarias (Jennifer P. Ruger²²) y la filosofía (Norman Daniels²³), dos expertos vienen realizando propuestas para orientar la toma de decisiones en política sanitaria que consideramos convergentes. Jennifer P Ruger, autora que está trabajando en la línea de aplicar el enfoque de las capacidades de Amartya Sen²⁴ al ámbito sanitario, es partidaria de explicitar los valores que subyacen a las decisiones tomadas y ajustarlos a valores compartidos por el conjunto de la sociedad, la gobernanza sanitaria compartida

(shared health governance)²⁵, mientras que Norman Daniels propone crear puntos de referencia en equidad (bechmarks of fairness) y ajustarse a ellos²⁶. Mientras Ruger establece seis premisas para una gobernanza compartida²⁷ (tabla 1), Daniels propone cuatro principios de rendición de cuentas por la razonabilidad (accountability for reasonableness) para considerar en la toma de decisiones²⁸ (tabla 2). Ambos propugnan una política sanitaria que garantice a los individuos las mismas oportunidades de Daniels o capacidades para Ruger con el fin de mantener y recuperar la salud. Ambos tienen la pretensión de que sus propuestas sean aplicables tanto a países en desarrollo como a los desarrollados y abogan por la universalización de las políticas de salud.

Según Daniels, con la reflexión bioética se pueden marcar directrices que establezcan un equilibrio entre equidad y maximización de resultados para garantizar la igualdad de oportunidades en salud²⁹. Sus principios pueden ser una guía para responder interrogantes como el planteado por el envejecimiento de la población y sus repercusiones sobre la asistencia sanitaria. ¿Hay que dedicar más recursos a los colectivos de mayor edad a pesar de que su expectativa de vida es menor? ¿Son la edad o la pluripatología lo determinante para establecer límites a las prestaciones? Ancianos, niños, inmigrantes sin papeles, discapacitados... ¿qué grupos de población son los vulnerables? ¿Es equitativo tratar a quienes no evitan factores de riesgo, como fumadores,

alcohólicos, drogodependientes, cuando aparezca la enfermedad derivada? ¿Habría que incluir en el sistema sanitario público prestaciones que no han demostrado su efectividad, que tienen efectividad mínima o que aportan poco a los cuidados naturales?

Ruger, a partir de la consideración de que la responsabilidad moral principal de procurar la salud no radica en los individuos sino en los estados, realiza una serie de propuestas de política sanitaria orientadas a reducir las desigualdades a nivel mundial³⁰, que también son aplicables en países desarrollados. Según esta autora, tan importante como una legislación adecuada que facilite la redistribución de recursos es la vertebración de la sociedad, que se consigue mediante la creación de bienes colectivos, así como el gobierno compartido. Con esto último se refiere a establecer mecanismos para que tanto los usuarios del sistema sanitario público como los profesionales que proveen la asistencia se co-responsabilicen en la gestión y permitir que tanto organizaciones ciudadanas como organismos internacionales participen en la regulación y el control de la política sanitaria. La co-responsabilización es imposible si de forma previa no se establecen mecanismos de participación ágiles y no se identifican valores compartidos que impliquen a ciudadanos y profesionales. Para ello resulta imprescindible contar con directivos que ejerzan un liderazgo basado en valores³¹.

Tabla 1
Gobernanza sanitaria compartida. Las seis premisas de Ruger

Implicar a todos los actores sociales en la búsqueda de condiciones saludables
Explicitar un compromiso, tanto individual como colectivo, sobre justicia en salud
Implicar a los subsistemas de autogobierno (financiación, organización, provisión de servicios) en los objetivos de justicia
Compartir los recursos individuales y sociales con criterios de equidad en el reparto de recursos (los sanos contribuyen en mayor medida) y de responsabilidad (uso prudente y no abusivo)
Normas socialmente internalizadas que promuevan la responsabilidad
Formalización explícita de deberes y derechos

Tabla 2
Rendición de cuentas por la razonabilidad.
Los cuatro principios de Daniels

Publicitar todo lo que se hace (transparencia)
Considerar la relevancia de las decisiones tomadas
Revisar lo decidido, dando la posibilidad de apelaciones
Regular los procedimientos desde instancias públicas

Las organizaciones sanitarias tendrían que identificar los valores añadidos que aportan a los pacientes en términos de salud y evitar la medicalización de la sociedad, reflexionando internamente para dejar de hacer lo que no demuestre efectividad, evitar demandas inapropiadas que aumentan el gasto y la presión asistencial, suprimir las pruebas diagnósticas redundantes (mediante comunicación fluida entre niveles asistenciales), terminar con las visitas de seguimiento innecesarias en el segundo y tercer nivel asistencial, mejorar la gestión de camas hospitalarias³².

Sin la implicación tanto de los ciudadanos como de los profesionales, ni legislación adecuada ni normativa que la desarrolle garantizan por sí mismas una utilización adecuada de los recursos y/o una reducción de las desigualdades en salud. Dicha implicación se consigue a partir de la dinámica generada por el reconocimiento recíproco³³, una de cuyas características principales es contar con los pacientes en el momento de tomar decisiones^{34,35}, y corresponsabilizar a ciudadanos e industria farmacéutica en la búsqueda de soluciones.

LA CRISIS ECONÓMICA COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA ÉTICA EN EL ÁMBITO SANITARIO SI SE AFRONTA DESDE LA GOBERNANZA COMPARTIDA Y LA RENDICIÓN DE CUENTAS ATENDIENDO A CRITERIOS DE RAZONABILIDAD

Las crisis establecen un punto de inflexión a partir del cual los procesos indivi-

duales o sociales pueden empeorar o mejorar. En el ámbito de la salud, el peligro de la crisis es que se apliquen criterios exclusivamente economicistas para recortar gastos. Sin embargo, buscando los mejores resultados en coste-beneficio y coste efectividad, la necesidad de recortar gastos puede ser una oportunidad para revisar criterios de asignación de recursos así como organizaciones de trabajo poco eficaces y estilos de vida poco saludables, tomando como referencia la equidad. Haciendo “de la necesidad virtud”, la escasez de recursos podría impulsar tanto una renovación de la práctica clínica basada en la prestación de cuidados de calidad, efectivos y seguros como una reducción de la estructura política encargada de la planificación y gestión sanitaria³⁶.

Las políticas sanitarias deberían fomentar la eficiencia y garantizar la equidad de forma simultánea. La eficiencia en cuestiones de salud consiste, además de en corregir los bienes de mercado, en lograr comunicación fluida tanto entre los niveles de atención sanitaria como entre éstos y las instituciones sociales. La equidad se consigue con “sistemas de seguridad” que protejan a los más desfavorecidos por la lotería social y natural³⁷.

En épocas de crisis económica aumenta notablemente la tasa de desempleo. Cabría pensar que el aumento de la pobreza junto con el estrés a consecuencia del desempleo determina una peor salud de la población. Sin embargo, se ha observado una relación variable entre desempleo y mortalidad³⁸, lo cual sugiere la influencia de otros factores personales (capacidades, carga genética, estilo de vida) y sociales (redes de apoyo, vertebración). Diversas investigaciones han observado que la relación entre bonanza económica y salud es directa en los países menos desarrollados, pero se hace inversa en muchos países del primer mundo³⁹. Ello podría explicarse tanto por

cambios en el estilo de vida como por la diferente capacidad institucional para garantizar una atención sanitaria a toda la población, especialmente a los colectivos más vulnerables, en los distintos países estudiados y por el daño derivado de la medicalización de la sociedad en los países desarrollados. Toda decisión clínica conlleva unos beneficios y unos riesgos. La prevención cuaternaria se refiere al conjunto de actividades orientadas a disminuir o paliar el daño provocado por la intervención médica⁴⁰.

Las políticas sanitarias nunca podrán garantizar la salud individual, aunque juegan un papel imprescindible en cuanto a equidad. De ellas depende crear condiciones adecuadas para reducir la incidencia de muertes prematuras así como de enfermedades evitables. Pero los mejores resultados de tales políticas sólo se conseguirán cuando creen las condiciones adecuadas para que exista una responsabilidad compartida entre instituciones y ciudadanos⁴¹, aspiración perseguida por los modelos de Ruger y Daniels aquí presentados.

En épocas de crisis económica pueden ser necesarios los recortes. En una sociedad de cultura democrática, éstos sólo deberían realizarse tras deliberación pública. Para optimizar las prestaciones sanitarias ante problemas financieros parece conveniente, además, reorganizar los servicios de atención, revisar los programas de salud y modificar el estilo de vida.

Aunque la universalización de la asistencia sanitaria no elimina las desigualdades de enfermedad por clase social, asegurar dicha cobertura es una prioridad de justicia previa a cualquier otro debate sobre redistribución de recursos⁴². Esto no debería olvidarse cuando, por necesidad de atender a directrices supranacionales o por escasez de presupuesto, podría decidirse reducir el gasto público del sector sanitario a expensas de excluir del derecho a la asis-

tencia a los colectivos más vulnerables o de ajustes que tendrán repercusiones principalmente sobre dichos colectivos. Resulta más equitativo revisar las prestaciones incluidas en el sistema de salud y evaluar las prácticas clínicas habituales, aplicando el criterio de efectividad para decidir qué prestaciones pueden ser prescindibles y cómo participarán los diferentes colectivos en el mantenimiento del sistema. Los recursos limitados imponen la necesidad de establecer límites, pero sólo deberían limitarse las prestaciones y la organización del sistema con criterios de equidad, máximo beneficio al menor precio (eficiencia) y rendición de cuentas con transparencia⁴³. La fusión del modelo de la gobernanza sanitaria compartida (Ruger) y la rendición de cuentas atendiendo a criterios de razonabilidad (Daniels) nos permite profundizar en este tipo de propuestas para afrontar éticamente la actual crisis económica en lo que afecta al ámbito sanitario. Siguiendo esa línea de afrontamiento de la crisis, habría que desplazar los indicadores de coste/eficiencia hacia los de coste/efectividad. Es decir, habría que desplazar indicadores desde los que evalúan el ahorro obtenido con las medidas de política sanitaria hacia los que miden ganancia en salud de la población⁴⁴.

Para conseguir efectividad es necesario, por una parte, basar las decisiones de política sanitaria en información científica actualizada, de calidad (nivel de evidencia científica)⁴⁵, pertinente (posibilidad de trasladar lo encontrado en la bibliografía al ámbito en el que se quiere aplicar medidas efectivas) y relevante (que aporte mejoras a la práctica clínica habitual), por otra, racionalizar el uso tanto del medicamento como de las pruebas diagnósticas complementarias. Pero la protección del derecho a la salud implica, además de conseguir la mayor efectividad al menor precio, equidad (es decir, una justa distribución de recursos cuando éstos son escasos).

La seguridad del paciente puede servir como ejemplo práctico. Es un tema que interesa tanto a políticos y gestores como a médicos y pacientes. En el 2004 la OMS puso en marcha una iniciativa al respecto (<http://www.who.int/patientsafety/es/>). Aplicar los modelos de Ruger y Daniels a promover la seguridad del paciente implica impulsar la excelencia profesional mediante iniciativas que faciliten el acceso a información científica de calidad⁴⁶⁻⁴⁹, pero también facilitar recogida de datos sobre incidentes observados en la práctica clínica⁵⁰⁻⁵² y, finalmente, adoptar medidas de corrección de errores evitables⁵³.

Otro ejemplo de aplicación práctica de estos criterios éticos se da en el debate sobre la financiación pública de algunas vacunas en detrimento de otras o de otros servicios (como odontología), cuando los recursos y/o la evidencia científica son limitados. Un ejemplo de problemas en la asignación de recursos ha sido publicado por el propio Daniels⁵⁴.

CONCLUSIONES

Todas las decisiones sobre política sanitaria, especialmente en situaciones de escasez de recursos, son un experimento que supone un riesgo para los ciudadanos. Por ello, tales decisiones siempre deberían contar con un respaldo ético.

El experimento de la medicina gestionada, al poner el énfasis en la eficiencia económica, tuvo consecuencias nefastas desde el punto de vista de la equidad. La literatura ética posterior ha mostrado que lo correcto es ofrecer modelos de política sanitaria que sean capaces de compatibilizar la eficiencia y la equidad.

Partiendo de las propuestas de Jennifer P Ruger, quien aplica el enfoque de las capacidades de Amartya Sen al ámbito sanitario, y de Norman Daniels, quien se ha mostrado especialmente sensible a la cuestión de la

justicia sanitaria, se puede afirmar que una política sanitaria eficiente y justa puede lograrse incorporando la gobernanza compartida y la rendición de cuentas atendiendo a criterios de razonabilidad.

Tanto los ciudadanos como los profesionales y las instituciones sanitarias juegan su papel en cuanto al desarrollo de capacidades en el ámbito de la salud. Tales capacidades se refieren a estilos de vida saludable, información accesible y transparente, promoción de autocuidados, adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas, liderazgo basado en valores y co-responsabilidad para alcanzar los objetivos establecidos de modo razonable. Si desarrollamos estas capacidades en los sujetos afectados por la actividad sanitaria no sólo habremos conseguido fusionar los modelos de Ruger y Daniels sino que habremos aprovechado la actual crisis económica como oportunidad de mejora ética en el ámbito sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. El derecho a la salud. [citado el 07-09-2012]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>
2. Daniels N, Kennedy KB, Kawachi I. Why justice is good for our health: the social determinants of health inequalities. *Daedalus*. 1999;128(4): 215-51
3. Orellana Aranda V. La prioridad de la justicia sobre el bien en John Rawls. *Contrastes*. 2000;V:111-31
4. Ruger JP. Ethics of the social determinants of health. *Lancet*. 2004;364(9439):1092-7
5. FADSP (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública). La Sanidad en los momentos de crisis. Madrid: FADSP;2008. [citado el 24-01-2013]. Disponible en: http://www.uv.es/miguelch/La_sanidad_en_los_momentos_de_crisis.pdf
6. Kongstvedt PR. *Essentials of Managed Health Care*. Burlington: Jones and Bartlett Learning; 2012.
7. Tavares Quinhoes TA, Fleury S. La reforma del Sistema de Salud de los Estados Unidos de América en los años 90. *Salud Colectiva*. 2005;1(2):129-53 [citado el 24-01-2013]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v1n2/v1n2a02.pdf>

8. White KR. *The Well-Managed Healthcare Organization*. Chicago: Health Administration Press; 2010.
9. Pellegrino ED. El médico como gestor de recursos: la asistencia sanitaria desde la ética y la economía. En: *Fundación de Ciencias de la Salud. Limitación de prestaciones sanitarias*. Madrid: Doce Calles; 1997.p.22-42.
10. Pellegrino ED, Thomasma DC. *The Virtues in Medical Practice*. Oxford: Oxford University Press; 1993.
11. Jonsen A. Tratamientos inútiles y limitación de prestaciones. En: *Fundación de Ciencias de la Salud. Limitación de prestaciones sanitarias*. Madrid: Doce Calles; 1997.p. 66-77.
12. Have Ht. Las listas de espera como método de limitación de prestaciones. En: *Fundación de Ciencias de la Salud. Limitación de prestaciones sanitarias*. Madrid: Doce Calles; 1997.p. 78-107.
13. Callahan D. *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society with "A Response to My Critics*. Georgetown University Press. Georgetown: Washington; 1995.
14. Callahan D. La edad como criterio de limitación de recursos sanitarios. En: *Fundación de Ciencias de la Salud. Limitación de prestaciones sanitarias*. Madrid: Doce Calles; 1997.p. 108-123.
15. Conill J. Marco ético-económico de las empresas sanitarias. En: *García Calvente MM, editor. Ética y salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998.p. 101-133.
16. Hall RT. *An Introduction to Healthcare Organizational Ethics*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
17. Spencer EM, Mills AE, Rorty MV, Werhane PH. *Organization Ethics in Health Care*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
18. Cortina Orst A (edit). *Construir confianza: ética de la empresa en la sociedad de la información y las comunicaciones*. Madrid: Editorial Trotta; 2003.
19. García Sánchez S, Dolan S. *La dirección por valores*. Madrid: McGraw-Hill / Interamericana de España; 2003.
20. Conill J. Ética de la 'empresa' sanitaria. *Todo Hospital*. 1998;(152):709-14.
21. Conill J. Ética de la economía de la salud. Financiación y gestión. En: *Gafo J, editor. El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 1999.p. 133.
22. Ruger JP. Shared Health Governance. *Am J Bioeth*. 2011;11 (7):32-45.
23. Daniels N. Justice, health, and healthcare. *Am J Bioeth*. 2001;1(2):2-16.
24. Sen A. *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta; 2000.
25. Ruger JP. Global health governance as shared health governance [citado el 24-01-2013]. Disponible en: http://www.fas.harvard.edu/~valuesgh/docs/Ruger_global_health_gov.pdf
26. Daniels N, Bryant J, Castano RA, Dantes OG, Khan KS, Pannarunothai S. Benchmarks of Fairness for Health Care Reform: A Policy Tool for Developing Countries [citado el 24-01-2013]. Accesible en: <http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Publications/Seminars/daniels.pdf>
27. Ruger JP. Shared Health Governance. *Am J Bioeth*. 2011; 11(7): 32-45.
28. Ruskins S, Daniels N. Justice and Human Rights: Priority Setting and far deliverative proceses. *Am J Public Health*. 2008; 98 (9): 1573-7.
29. Daniels N. Equity and population health: toward a broader bioethics agenda. *Hastings Cent Rep*. 2006;36(4):22-35
30. Ruger JP. Ethics and governance of global health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(11):998-1003
31. Galindo Calvo P. El liderazgo basado en valores. El marketing social como herramienta para el desarrollo de líderes a través de los medios de comunicación de masas. *Etic@net*. 2003;1(1) [citado el 24-01-2013]. Disponible en: http://www.ugr.es/~sevimeco/revistaeticanet/Numero1/Articulos/El_liderazgo.pdf
32. Varela J. Aportar el valor de la salud a las personas, la misión de las organizaciones sanitarias. *Bioética & Debat*. 2011;17(63):7-10.
33. Calvo Rigual F, Costa Alcaraz AM, García-Conde Brú J, Megía Sanz MJ. Sin reconocimiento recíproco no hay calidad asistencial. *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85: 459-468 [citado el 07-09-2012]. Disponible en : http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol85/vol85_5/RS855C_459.pdf

34. Costa-Alcaraz AM, Siurana-Aparisi JC, Almendro-Padilla C, García-Vicente S, Ordovás-Casaurrán R. Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente. *Rev Clin Esp.* 2011;211(11):581-6 [citado el 24-01-2013]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-clinica-esp%C3%B1ola-65/reconocimiento-reciproco-toma-decisiones-compartida-paciente-90055102-actualizacion-clinica-2011>
35. Siurana Aparisi JC. Ética de las decisiones clínicas ante pacientes incapaces. *Veritas.* 2006;1(15):223-244 [citado el 24-01-2013]. Disponible en: http://www.revistaveritas.cl/wp-content/uploads/2006/09/ETICA_DE_...pdf
36. Gérvas J, Pérez Fernández M. Rebajas sanitarias racionales en tiempos de crisis económica. *FMC.* 2011;18(10):615-23.
37. Conill Sancho J. Eficiencia y justicia en la empresa sanitaria. *Veritas.* 2006;1(15):209-22 [citado el 24-01-2013]. Disponible en: http://www.revistaveritas.cl/wp-content/uploads/2006/09/EFICIENCIA_Y_JUSTICIA_EN_LA_EMPRESA_SANITARIA.pdf
38. Jin RL, Shah CP, Svoboda TJ. The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *CMAJ.* 1995;153(5):529-40.
39. Dávila CD, González B. Crisis económica y salud. *Gac Sanit.* 2009;23(4):261-5.
40. Gérvas Camacho J, Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF.* 2012;8(6):312-7.
41. Ruger JP. Shared Health governance. *Am J Bioeth.* 2011;11(7):32-45.
42. Daniels N. Rescuing universal health care. *Hastings Cent Rep* 2007 mar;37(2):3.
43. Daniels N. Toward ethical review of health system transformations. *Am J Public Health.* 2006;96(3):447-51.
44. Pinto-Prades JL, Ortún-Rubio V, Puig-Junoy J. El análisis coste-efectividad en sanidad. *Aten Primaria.* 2001;27(4):275-8.
45. David L Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM-Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312(7023):71-2.
46. Delamothe T, Godlee F, Smith R. Scientific literature's open sesame? *BMJ* 2003;326: 945-6 [citado el 12-03-2013]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1125870/>
47. Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud [citado el 12-03-2013] Disponible en: <http://www.seguridaddel-paciente.es>
48. The Cochrane Library. [citado el 12-03-2013]. Disponible en: <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>
49. PlosOne [citado el 12-03-2013] Disponible en: <http://www.plosone.org>
50. Costa-Alcaraz AM, Almendro-Padilla C. Incidentes críticos [citado el 12-03-2013] Disponible en: <http://www.fisterra.com/formacion/bioetica/incidentes.asp>
51. Más Seguridad AVS [citado el 12-03-2013] Disponible en: <http://www.masseguridadavs.com/login.php?lang=1>
52. Observatorio para la seguridad del paciente [citado el 12-03-2013] Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/index.html>
53. Vazquez-Costa M, Costa-Alcaraz AM. Cierre prematuro de diagnóstico: un tipo de error evitable. *Rev Clin Esp.* 2013;213(3):158-162.
54. Daniels N, Valencia-Mendoza A, Gelpi A, Avila MH, Bertozzi S. The art of public health: pneumococcal vaccine coverage in Mexico. *Lancet.* 2010;375(9709): 114-5.