

LOS PROBLEMAS ÉTICOS EN LA PRIORIZACIÓN DE LA SALUD

M^a del Carmen Vidal Casero. Profesora titular de Historia de la Farmacia y Legislación Farmacéutica. Facultad de Farmacia. Valencia.

INTRODUCCIÓN.

En los modelos de economía social, en los que el Estado está obligado a asumir la sanidad pública, como sucede en España, de acuerdo con lo previsto en la Constitución Española (1978), en la que se establece el reconocimiento del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud. Este derecho para ser efectivo requiere de los poderes públicos las medidas idóneas para satisfacerlo. La Ley General de Sanidad (1986) da respuesta al requerimiento Constitucional aludido, reconociendo el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario, si bien no generaliza el derecho a obtener gratuitamente dichas prestaciones.

Siendo los recursos sanitarios limitados se plantea la priorización de la salud (1). Y en este entorno se plantea numerosos problemas no solo legales sino éticos, que han sido los básicamente analizados en este trabajo.

CONCEPTO DE SALUD, CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDAD.

Los conceptos vigentes sobre la salud y la enfermedad son importantes ya que configuran la manera de pensar y de actuar en diversos campos: desde la esfera más íntima hasta los programas políticos, económicos y sociales. Sin embargo, resulta difícil encontrar una definición única y universal del término "salud". Esto se debe a que esta palabra es utilizada en contextos múltiples y distintos; además de que esta expresión se asienta en diferentes presupuestos básicos y que encarna aspiraciones ideales sobre el estado de vida deseable. Así existen definiciones que se restringen a lo estrictamente corporal; otras que incluyen los factores psíquicos, y algunas que contienen factores sociales. Quizás entre ella la más empleada es la que relaciona la salud a los factores sociales (prototipo promulgado por la OMS en 1946): "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o padecimiento", definición confirmada por la Declaración de Alma-Ata de 1978 (2).

La calidad de vida ha sido definida por la OMS como la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses

(3). Es difícil saber si la dieta más sana, el ejercicio físico y el deporte, la erradicación total de muchas dolencias que antes conducían rápidamente al cementerio, y los cuasimilagros de la cirugía han llevado y van a seguir llevando a millones de ciudadanos- no necesariamente de clases acomodadas- a una prolongación, no solo cronológica de los años, sino energética y vital de sus facultades, hasta pasados los ochenta o noventa años (4).

Aunque existen varias definiciones de calidad de vida, vamos a destacar cuatro. Se define la calidad de vida: a) como la calidad de las condiciones de vida de una persona; b) como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; c) como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta; d) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (5).

La enfermedad no es únicamente un mal funcionamiento fisiológico concreto, sino también y sobre todo, una experiencia personal que viene circunscrita a la propia personalidad y que está influida por el entorno sociocultural. Desde la perspectiva bíblica de la vida es un don que debe vivirse con la mayor plenitud posible y, desde luego, la salud forma parte de la experiencia vital. Pero la lucha contra la enfermedad no debe caer en posturas idolátricas. La salud es un bien, pero no el bien supremo (6).

PRINCIPIOS DE BIOETICA.

Las consideraciones éticas personales están ligadas a la práctica sanitaria pero la bioética trata de adecuar la asistencia a unos principios éticos que ya no son individuales, sino colectivos y casi universales aplicables a la toma de decisiones asistenciales. Al revisar la bibliografía, numerosos autores coinciden en la clasificación de Beauchamp y Childress, de cuatro principios que intentan dotar de contenido material al principio formal de igual consideración y respeto. Son los siguientes:

1.-**Autonomía.** En este principio se toma en consideración, por lo menos, dos vertientes ético-morales fundamentales: a) El respeto por la autonomía del individuo, que se sustenta, esencialmente, en el respeto de la capacidad que tienen las personas para su autodeterminación en relación con las determinadas opciones individuales de que disponen; b) protección de los individuos con deficiencias o disminución de su autonomía en el que se plantea y exige que todas aquellas personas que sean vulnerables o dependientes resulten debidamente protegidas contra cualquier intención de daño o abuso por otras partes (7).

Hasta ahora se tenía una actitud paternalista con los enfermos. Los médicos principalmente, decidían lo que era bueno o malo para ellos. Hoy, cada vez se tiene más en cuenta las decisiones

del niño si es mayor y en todos los casos de su familia, sus preferencias o sus negativas a aceptar un determinado tratamiento o una acción completa.

El concepto de libertad está íntimamente relacionado con la necesidad de autonomía principalmente en materia de salud. Un aspecto importante de la autonomía tiene que ver con la asignación de recursos a grupos desfavorecidos específicos y para quienes mejorar la salud contribuirá a ampliar su autonomía. Estos grupos obviamente incluyen a los pobres, a los niños, las personas con discapacidad mental y las personas de edad que viven sin apoyo de la familia (8).

2.-Beneficencia. Se debe actuar buscando siempre el bien del paciente. Este principio está incorporado a actos a través de los cuales los servicios o cosas que benefician a la gente son provistos, incluyendo el concepto más complejo de balancear los beneficios y los perjuicios, usando los costos y beneficios relativos de decisiones y acciones como base para optar entre alternativas (9). Un razonamiento que parece lógico es que el tratamiento debe estar siempre en consonancia con la patología que presente el paciente y debe ser proporcionado.

3.-Justicia. En las prestaciones asistenciales se debe conseguir para todos los pacientes sin discriminación alguna, el mejor resultado al menor coste económico, humano y social. En la ética de las investigaciones con seres humanos el principio de la justicia se refiere principalmente al concepto de la llamada justicia distributiva, el cual establece una distribución equitativa de las cargas y de los beneficios de la participación en las investigaciones realizadas, aceptándose diferencias en tales distribuciones si las mismas se basan en distinciones moralmente pertinentes entre las personas, como puede ser la de la vulnerabilidad que no es más que la incapacidad de proteger los propios intereses debido a impedimentos tales como la falta de capacidad para prestar un consentimiento informado o la ausencia de alternativas lógicas para recibir una atención médica de calidad o satisfacer otras necesidades psicológicas, biológicas o espirituales, ser menor de edad o un miembro subordinado dentro de un grupo jerárquico, todo lo cual conlleva a definir las medidas especiales que habrán de tomarse para la protección adecuada y correcta de los derechos y el bienestar de las personas vulnerables.

4.-No maleficencia. Este principio que viene desde la ética médica hipocrática, es obligatorio e irrenunciable. No se trata solo de no hacer daño, del *primum non nocere*. Está relacionado con la ética de la investigación y con muchos temas de ética clínica como, por ejemplo, la suspensión de terapias en enfermos terminales, el establecer la diferencia entre matar y dejar morir, la conducta frente a los niños severamente malformados o con daño neurológico profundo etc. (10). No se puede actuar con intención de dañar. Solo se debe tratar con aquello que esté indicado y que proporcione un beneficio científicamente probado (11). Es la exigencia ética primaria de que el profesional sanitario no utilice sus conocimientos o su

situación privilegiada en relación con el enfermo para infligirle daño (12).

El concepto ético se produce a veces por el choque de dos principios básicos: el de beneficencia que representa los intereses individuales, y el de justicia, que se refiere a la colectividad. Entonces ¿cual de los dos principios debería prevalecer?. Si aceptamos que el principio de justicia se encuentra, junto con el de no maleficencia, en un nivel superior a los principios de beneficencia y autonomía, habría que optar por emplear los recursos existentes de forma que produjesen el máximo beneficio a la sociedad, aceptando como "mal menor" la necesidad de privar a sujetos concretos de determinadas opciones menos eficientes (13).

Complementariamente en la actualidad se tiene en cuenta dos principios no incluidos inicialmente en el llamado Informe Belmont: la confidencialidad (el derecho del paciente a que su información sea respetada) y la veracidad (decir la verdad) (14).

EL PRINCIPIO DE DIGNIDAD HUMANA.

Un punto de referencia esencial en la temática de la dignidad humana es el concepto del hombre formado a partir de las perspectivas biológica, cristiana y filosófica.

Desde el punto de vista biológico, el hombre es parte de la naturaleza viva, sujeto por ello a las leyes naturales. A nivel biológico es el ser más desarrollado de la tierra perteneciendo a la categoría de los animales vertebrados y mamíferos. La imagen que las Ciencias Naturales tiene del hombre influye consciente o inconscientemente en el concepto que el hombre tiene de su propia naturaleza, y por consiguiente, de su propia existencia como ser humano. Al par, gracias a la biotecnología los conocimientos del hombre aumentan, con lo cual su relación con la naturaleza y con lo natural experimenta modificaciones. Este hecho conduce a que tanto el hombre en su calidad de ser vivo como los procesos en la naturaleza se hagan cada vez más comprensibles, y por ello, más susceptibles de cambio en el futuro.

El concepto moderno de dignidad humana está estrechamente unido a Kant y a su filosofía. Según ésta, la imagen del hombre está caracterizada por la idea de su autonomía moral y de su calidad como sujeto. La libertad humana se manifiesta en la capacidad de la voluntad de adherirse exclusivamente a la idea de la razón pura. Según esta, la autonomía de la voluntad como fundamento de la dignidad de la naturaleza humana se basa en la facultad de la voluntad de darse a sí misma las reglas, independientemente de argumentos prescriptivos empíricos. Kant traslada lo objetivamente correcto a la no contradicción formal de una voluntad subjetiva, y apta para ser generalizada. El ser humano es, por su naturaleza, persona, y posee un valor absoluto. Esta diferencia como persona lo diferencia a la vez de los seres sin razón, a los cuales por ser semejantes a

objetos solo les corresponde un mismo valor.

En la perspectiva cristiana y filosófica es sobre la que se basa el concepto del hombre en la Constitución, creando el fundamento intelectual sobre el que se van constituyendo la garantía de la dignidad y la seguridad de cada uno de los derechos humanos (15).

Según la Doctrina Social de la Iglesia Católica todo ser humano por haber sido creado a imagen de Dios y rescatado por Jesucristo, no tiene precio y es digno de respeto, como miembro de la familia humana.

Cada persona, cualesquiera que sea su raza, su sexo, edad, su nacionalidad de origen, su religión, su orientación sexual, su estatus con relación al empleo, su nivel económico, su salud, su inteligencia, sus logros o cualquier otra característica que sea causa de diferencias, es digna de respeto. No es lo que ustedes hacen o tienen lo que les da derecho a ser respetado, sino el simple hecho de ser un ser humano es el que establece su dignidad. Debido a esta dignidad, la persona humana, en la óptica católica, no es nunca un medio, sino siempre un fin.

El conjunto de la enseñanza social católica comienza con la persona humana, pero no termina ahí. Las personas individuales tienen una dignidad, sin embargo el individualismo no tiene lugar en el pensamiento social católico. El principio de dignidad humana da a cada persona un derecho de pertenencia a una comunidad, a la familia humana (16).

Cuando se discute el problema de rectitud y el de distribución de recursos de salud, es natural relacionarlo con las ideas de dignidad humana e igualdad humana. Este punto de vista está profundamente arraigado en el humanismo occidental y expresamente en la Declaración de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y, de una manera o de otra, en las constituciones de muchos países.

De acuerdo con el principio de dignidad humana, cada persona es de un valor único y todos los individuos tienen un valor igual. La dignidad humana no es equiparada a ninguna calidad personal o a funciones en la comunidad, sino a la existencia de cada individuo. En medicina, el principio de dignidad humana implica:

1. Que la edad no debe ser el factor determinante cuando debe ser hecha una elección entre pacientes. Si por ejemplo, los recursos para la diálisis están delimitados, no es razonable que una persona de 25 años tenga que tener prioridad respecto a un hombre de 85 años, ya que debido a su existencia igual, ellos son de valor igual.

2. Los valores sociales no pueden usarse como una base de elección entre pacientes. Por ejemplo, una mujer con niños pequeños no debe tener prioridad con relación a un paciente

mayor sin hijos y sin familia.

3. La aptitud del paciente no puede ser usada como base de prioridades.

PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD.

La libertad exige como contrapartida la solidaridad: el uso desmedido de la libertad va en detrimento de los demás. Por esta razón, un orden comunitario, deberá siempre reconocer como principio fundamental la solidaridad entre sus miembros y repartir uniforme y equitativamente los beneficios (17).

El Papa Juan Pablo II en la *Sollicitudo rei socialis* ilustra el contenido de la solidaridad dentro de la sociedad "Los que cuentan más, al disponer de una mayor porción de bienes y servicios comunes, ha de sentirse responsables de los más débiles, dispuestos a compartir con ellos lo que poseen. Estos, por su parte, en la misma línea, de solidaridad, no deben adoptar una actitud meramente pasiva o destructiva del tejido social y, aunque reivindicando sus legítimos derechos, han de realizar lo que les corresponde, para el bien de todos. Por su parte, los grupos intermedios no han de insistir egoístamente en sus intereses particulares, sino que deben respetar los intereses de los demás" (SRS 39) (18).

EL PRINCIPIO DE NECESIDAD

Cuando la priorización de recursos es limitada, el primer principio, de dignidad humana, no debe ser guía suficiente. Más bien define el terreno en que las decisiones no pueden basarse. El principio adicional de necesidad y solidaridad es mucho más útil cuando se trata de prioridades. Los recursos pueden ser encauzados a aquellos campos (actividades, individuos) que lo necesiten mayormente. Pero, ¿Cómo se puede distribuir las fuentes de recursos médicos con equidad?. Puede suceder que a igual distribución de recursos se conduzca a una salud no igual. Este principio está relacionado con la razón fundamental del cuidado de salud en libertad, por ejemplo asistir a aquellos que estén con gran angustia y con necesidad de ayuda. La cuestión crucial es ¿qué necesidad?, ¿se debería de atender entonces a los que más sufran y tengan más angustia?.

Una alternativa al principio de necesidad y solidaridad podría ser el principio de demanda, que implicaría que cuando se hace elección en cuidados médicos, se opte por aquellos campos (actividades, individuos) donde la demanda sea mayor. Sin embargo es conocido que no toda necesidad es explícita y, en muchas situaciones clínicas, no hay una demanda específica de cuidado médico. Podría acontecer entonces cuando se asignan las fuentes de recursos públicos, que el principio de necesidad y solidaridad, podría entrar a veces en conflicto con el principio de autonomía, puesto que el paciente a veces no puede decir lo que necesita.

La necesidad tiene un lado subjetivo y otro objetivo. La necesidad vinculada con una enfermedad puede ser relacionada de acuerdo con varias dimensiones: el sufrimiento experimentado por el paciente, la extensión del daño funcional causado por la enfermedad y el pronóstico médico en términos de supervivencia o riesgo de incapacidad permanente. Cada una de estas dimensiones es difícil de apreciar en el paciente individual y las comparaciones entre los pacientes son incluso más difícil.

La necesidad no tiene que ser siempre consciente. Cuando se trata o establece las prioridades, hay que tener en cuenta todas las poblaciones y no solo aquellas que espontáneamente solicita tratamiento médico. En un sistema de prioridad basado en la solidaridad, debe darse especial atención a la gente que es menos capaz para expresar su necesidad, por ejemplo niños jóvenes, pacientes confundidos o seniles y aquellos con desórdenes mentales severos.

El beneficio está estrechamente relacionado con la necesidad. Por lo tanto, tiene las mismas dimensiones que la necesidad; envuelve un sufrimiento reducido, una disminución del daño funcional causado por la enfermedad y pronóstico mejor médico en términos de progreso de la supervivencia o reducción del riesgo de permanente incapacidad. Para que la salud se beneficie, debe tener ambos propósitos y significados.

EL PRINCIPIO DE EFICIENCIA.

El principio de eficiencia se suele definir de la forma siguiente: "Cuando se elige entre los distintos campos de la actividad o distintas medidas, uno puede optar por aquel que, entre aquellos que son similares, tenga la mejor relación costo-eficiencia" (19). Así en las farmacias hospitalarias se trabaja con criterios de eficiencia, es decir, se intenta conseguir fármacos con la mejor relación coste-beneficio. A igual calidad se elige el medicamento más barato. Según Echarri Arrieta "Pero no solamente se puede mirar el precio aisladamente, sino según las repercusiones económicas. Si se trata una neumonía con un antibiótico muy barato, es posible que surjan complicaciones, con lo que se puede prolongar la estancia y hay que recurrir a otros tratamientos para esas complicaciones. De este modo, el coste de esa neumonía se ha multiplicado y nos ha podido llegar a costar tres millones de pesetas en lugar de 300.000, si desde un principio hubiésemos elegido un antibiótico más caro, pero con mejor relación coste-beneficio" (20).

Quizás, sea mejor definir el principio de eficiencia en los términos siguientes: Cuando se elige entre los distintos campos de actividad o diferentes medidas, uno podrá optar por una relación razonable entre el coste y efecto, medidos como mejora de salud y calidad de vida. De este modo, las consideraciones de coste-efectividad tienen un papel fundamental en la prioridad hecha; pero estarán siempre subordinados al principio de los dos principios básicos, de dignidad humana y de

necesidad de solidaridad.

Este principio es especialmente útil cuando se elige entre diferentes diagnósticos posibles y procedimientos terapéuticos en el mismo paciente. Pero este principio es difícil de aplicar en la práctica clínica cuando se elige entre pacientes individuales o grupos de pacientes, debido a que nunca los enfermos serán iguales. Además, pueden surgir problemas de índole ética porque la diada eficiencia/equidad en la asignación de recursos escasos cuestiona las posibilidades de la autonomía médica, generándose un dilema difícil de resolver particularmente si se tiene en cuenta que la salud ha dejado de ser una cuestión privada para convertirse en un problema público y por tanto político (21).

EDAD AVANZADA.

El uso de recursos médicos incrementa con la edad.

Con relación a la edad avanzada existen unas *posturas arrestrictivas* que consideran que la edad no significa en absoluto una cortapisa en la actividad sanitaria. En esta postura puede existir el riesgo de aplicar a ultranza una postura beneficiarista de tal forma que se postule que en el anciano se deben de utilizar todos los medios necesarios a nuestro alcance, todos los recursos mientras quede un rastro de vida. A veces la indicación de ingreso en la unidad de cuidados intensivos no es más que la expresión de una medicina defensiva con la idea de soslayar una potencial demanda judicial.

Otro tipo de *postura* sería la *restrictiva* que está a favor de considerar la edad como criterio cuasi absoluto para limitar los cuidados sanitarios. Consideran que los límites de la asistencia al anciano son justificables porque los fondos utilizados para extender la duración de la vida se deben emplear en otras etapas más tempranas de la vida.

Existen otras *posturas más ponderadas* que tienden a la búsqueda de criterios que faciliten las decisiones a tomar sobre la base de la distribución equitativa de los recursos sanitarios valorando criterios como coste/eficiencia, preferencias del paciente con relación a su principio de autonomía, principio de futilidad y calidad de vida en los que la función física, social y emocional deben valorarse como criterios de salud.

Nuestra sociedad se encuentra seducida por la juventud, parece como si la vejez no tuviera su propia plenitud de vida, como si no fuese una edad en que no se pueda contribuir a la justicia social y al bien común. Esto supone una clara discriminación que cataloga al anciano como a un inútil social. Se le administra su bienestar, su diversión, nos convertimos en sus tutores sin respetar su autonomía. Los mayores están más tutelados que respetados, más dirigidos que orientados, más sometidos a nuestros propios pareceres que estimulados por nuestros cuidados (22). El anciano no necesita readaptaciones de modelos grupales, ni debe soportar formas más o menos

maquilladas de segregación. El mayor es, tiene la suerte de ser, tiene su propia y plena dignidad, como el joven, el niño, el adulto, porque existe, y existe con relación a la sociedad (23). Cuando el anciano inicia el proceso de deterioro físico y psíquico lo importante es acompañarlo en este recorrido, mostrándole afecto. Esto es mucho más que contribuir a sufragar una residencia (solidaridad de mínimos), es dar lo más valioso y lo más necesario: el cariño (24).

La distribución de recursos debería hacerse de tal forma que alcanzase a pacientes en relación directa con sus necesidades. Las personas mayores han colaborado, cuando todavía les era posible, en el establecimiento y mantenimiento de una asistencia generalizada, y aún siendo difícil de aplicar, el criterio de justicia, motiva que no se les discrimine, segregue o margine respecto a otros grupos de edad.

El sistema sanitario actual tiende a ocuparse de los casos agudos y a invertir más en la asistencia altamente especializada que en la asistencia que conlleva un componente social o socio-sanitario. Esto afecta a todas las enfermedades de curso crónico y discapacitantes, pero especialmente a las enfermedades psíquicas y más aquellas en las que el paciente no tiene capacidad de cuidarse por sí mismo y requiere de otras personas para ello (25). De aquí que se produzca algunos conflictos éticos, como puede ser: escasez de plazas en estructuras hospitalarias; discriminación - en función de la edad- para el ingreso hospitalario; exclusión o discriminación- de forma generalizada y en función de la edad, para el acceso a ciertos tratamientos etc. Muchas personas mayores temen, que las fuentes del sistema de cuidado de salud sean cada vez más limitadas, y que por tanto, su acceso al cuidado de salud se restrinja (26).

Cronológicamente la edad no es un problema que pueda ser usado cuando se elige entre los pacientes. Los avances en biomedicina han mejorado las posibilidades de la ayuda a la gente mayor con enfermedades como cataratas, fracturas, artritis severa, incontinencia urinaria, prostatismo etc. Las estrategias para la rehabilitación geriátrica han mejorado mucho en los años últimos. Además de que también es importante la distinción entre la edad cronológica y biológica.

En muchos países europeos, se acepta en general que la posición social no debe ser básica para elegir entre los pacientes. Además de que el principio de prioridad de la necesidad debe no referirse al valor social sino a la severidad de la enfermedad, y con especial atención al dolor individual.

ENFERMEDAD AUTO-IMPUESTA

Muchas enfermedades son causadas o agravadas por factores relacionados con el estilo de vida como puede ser beber excesivamente, comer en exceso y actividades de tiempo libre peligrosas. Hay quien opina que los pacientes con enfermedad auto infligidas deberían tener una prioridad inferior de

aquellos que no son responsables de su mal.

Muchos estilos de vida perjudiciales (enfermedad, abuso de alcohol, excesiva actividad física, etc) han estado relacionados con la baja educación, privación económica y bajo estatus social. Si no se da prioridad a la gente con estilo de vida no saludable, existe un riesgo de que se pueda incrementar la desigualdad en la distribución de la salud. Esto podría estar en contradicción al principio básico de necesidad y solidaridad.

Razonablemente los factores de estilo de vida se deben tener en consideración en las decisiones clínicas. El resultado de un tratamiento médico o quirúrgico puede verse influenciado si persiste un estilo de vida perjudicial. Ejemplos típicos son la persistencia en fumar después de una intervención vascular de enfermedad arterial periférica, la bebida continuada excesiva después de un trasplante de hígado, o el ejercicio físico excesivo después de una operación por un esfuerzo deportivo.

Es lógico que se lleven a cabo intensas medidas preventivas y campañas informativas. Pensemos en el tabaco que sigue teniendo en nuestro país un coste elevado en muertes, enfermedades e invalidez prematuras y evitables, y en sufrimiento innecesario. Además, tiene unos costes económicos muy elevados, consumiendo recursos que de otro modo podrían dedicarse a otras finalidades. El rendimiento comparado de la prevención del tabaquismo es muy elevado: conseguir que un paciente de 20 años deje de fumar tiene un rendimiento en esperanza de vida tres veces superior al de controlar su hipertensión, y casi diez veces superior al de controlar su colesterol. Por todo ello, el control del tabaquismo es una de las prioridades sanitarias (27).

¿SELECCIÓN POSITIVA?

Hay muchos grupos de pacientes que han adquirido una enfermedad y una lesión bajo condiciones especiales. Se han defendido que estos pacientes merecen especial atención y una prioridad alta. Ejemplos son los de personas que hayan sido infectadas con sida en el sistema de salud pública (28) (29), víctimas inocentes de accidentes de tráfico causado por conductores borrachos, etc.

Si bien es cierto que estos pacientes no tienen una mayor necesidad que otro con la misma enfermedad, en ellos concurren distintas circunstancias. No hay base ética para una discriminación positiva en la práctica clínica.

LOS PLANES DE SALUD EN LAS COMUNIDADES AUTONOMAS Y SUS PRIORIDADES.

El art. 43 CE confiere al Estado como máximo responsable y encargado de suministrar y organizar unos servicios sanitarios para toda la población. A la Administración Pública le

corresponde atender los problemas sanitarios que puedan afectar a la colectividad considerada como conjunto. Para que el derecho que establece el art. 43 CE sea efectivo, se requiere de los poderes públicos en primer lugar la adopción de las medidas idóneas que garanticen el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud; y en segundo lugar, que organicen e institucionalicen un sistema sanitario, estableciendo unas características generales comunes, que sean fundamento de los servicios sanitarios en todo el territorio del Estado. El cumplimiento de estas premisas se traduce en la promulgación de la Ley General de Sanidad que a través de 113 artículos, establece y garantiza un sistema sanitario en toda la población española, sienta las bases de la intervención pública y organizativa del Sistema de Salud.

El Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (1995) se enmarca dentro de la Ley General de Sanidad que prevé la formulación de un plan integrado de salud que recoja, en un documento único, los distintos planes estatales, de las comunidades autónomas y los planes conjuntos.

La universalización de la asistencia sanitaria, el proceso progresivo de transferencia de competencias sanitarias a las comunidades autónomas, la transformación de la financiación del Sistema Nacional de Salud a partir de 1989, la definición explícita del contenido de las prestaciones sanitarias realizadas en el RD 63/1995, la separación gradual de las funciones de la financiación y provisión de servicios iniciadas en nuestro país son elementos clave en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud y facilitan la publicación del Plan de Salud en el ámbito de la Administración General del Estado, como un elemento positivo en la consolidación y mejora de un sistema sanitario que tiene como objetivo ser cada vez más armónico, efectivo, eficiente y solidario para todos los ciudadanos.

El Plan de Salud tiene como objetivos: desarrollar los criterios generales de actuación del Sistema Nacional de Salud definiendo áreas, medidas y estrategias de intervención prioritarias para los servicios sanitarios; y detectar las áreas de intervención más precisas de colaboración intersectorial estableciendo las orientaciones generales que permitan aunar esfuerzos de los distintos agentes, sectores y administraciones en mejora de la salud.

El Plan de Salud selecciona las áreas y medidas de intervención, para las que plantean medidas específicas, entre ellas sobre: envejecimiento; infección VIH/sida; enfermedades cardiovasculares; cáncer; enfermedades respiratorias; enfermedades digestivas; trastornos del aparato locomotor; enfermedades transmisibles; tuberculosis; diabetes; salud materno-infantil; salud mental; salud bucodental; accidentes. Respecto a la atención del anciano, constituye un área de intervención a la que se presta una atención especial, no solo por su previsible evolución en el tiempo y por su trascendencia sanitaria, ya que el declive biológico puede acompañarse de un incremento de las enfermedades multisistémicas, muchas de ellas

crónicas y algunas invalidantes (30).

El órgano encargado de la coordinación de las bases de la política de salud en España, es el Consejo Interterritorial, de carácter consultivo. Sin embargo, éste, parece, en su configuración insuficiente. La descentralización del Estado hace más complicada la tarea de definir una estrategia a nivel nacional, aunque ha posibilitado el desarrollo de estrategias a nivel de comunidades autónomas (31), que han de nutrir el plan integrado de salud (32).

Los planes de salud de las comunidades autónomas han sido elaborados por imperativo legal, representan un importante esfuerzo de desarrollo de la estrategia STP ("Salud para todos para el año 2000"), formulados por la Oficina Regional Europea de la OMS (33). Prácticamente todas las comunidades autónomas han elaborado sus respectivos planes de salud, tomando los planes de salud en algunas comunidades autónomas las características generales recogidas en las leyes de ordenación sanitaria (v.gr. Canarias (34) y Madrid (35)) o las leyes de salud (v.gr. Navarra) (36). Entre los criterios de priorización utilizados pueden encontrarse: magnitud y severidad de los problemas de salud, sensibilidad social, impacto económico, existencia de intervención de efectividad probada y factibilidad de la aplicación de la intervención.

Junto con estos planes de Salud, en España se deberá de tener en consideración el Plan de Salud de la Comunidad Europea para 2001-2006, que define los ámbitos de actuación prioritarios y que son: a) programas sobre el cáncer; b) programas sobre el sida y otras enfermedades transmisibles; c) programa de prevención del sida; e) programa sobre las drogas, que señalan como prioridades: la lucha contra el consumo y producción de cannabis, anfetaminas y éxtasis; elaboración de proyectos integrados para luchar contra la delincuencia urbana; acciones en materia de salud (hepatitis), de exclusión social y de justicia penal; la preparación de la ampliación gracias a la participación de los países candidatos en los programas del OEDT y de la UE en el ámbito de la toxicomanía; f) el dopaje; f) la salud mental (37).

Asimismo se tendrá que considerar la Convención para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (38). En su art. 3 referente al "Acceso equitativo a los beneficios de la sanidad", se recoge que "Las partes, teniendo en cuenta las necesidades de sanidad y los recursos disponibles, adoptarán las medidas adecuadas con el fin de garantizar, dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso equitativo a los beneficios de una sanidad de calidad apropiada". En la misma línea la Declaración Universal sobre el Genoma y Derechos Humanos (1997) (39) destaca en su art. 6 que "Nadie podrá ser objeto de discriminaciones fundadas en sus características genéticas, cuyo objeto o efecto sería atentar contra sus derechos y libertades fundamentales y el reconocimiento de su dignidad".

CONCLUSIÓN.

Los dilemas éticos relativos al distinto acceso a los servicios sanitarios, la aplicación de las nuevas tecnologías más allá de la efectividad demostrada, el escaso impacto terapéutico sobre las patologías crónicas relacionadas con los estilos de vida no saludables etc. deberán forzosamente, que conciliarse con los dilemas económicos. Los estilos de vida no saludable deben ser abordados como algo necesario pero insuficiente, ya que la buena salud no es solamente cuestión de estilo de vida. Los cambios en el medio ambiente social (pobreza, soledad, exclusión, injusticia etc.) tienen que ser posible y deseable. Atenuar el sufrimiento humano siempre vale la pena; los principios de necesidad y solidaridad deberán de protegerse en el entorno de una sociedad cada vez más deshumanizada; y el principio de eficiencia será de utilidad para racionalizar el gasto sanitario.

BIBLIOGRAFIA.

1.-Informatiu Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. De. "No solo ciencia, pero también ciencia". N° 22 abril 2001, p. 1. <http://www.aatm.es/infpdf/es/but22esp.pdf> (acceso: 11 mayo 2002).

2.-Sánchez-González M. El concepto de salud: Análisis de sus contextos, sus presupuestos y sus ideales". <http://165.158.1.110/spanish/hdp/PRB/prb-c7.htm> (acceso: 10 mayo 2002).

3.-Ioseba Iraurgi. La calidad de vida como indicador de resultados en la clínica de las drogodependencias". http://www.ieanet.com/boletin/opinion.html?o=25-21_k (acceso: 10 mayo 2002).

4.-"Carta del Arzobispo. Mis queridos viejos. Iglesia en Camino. Semanario de la Archidiócesis de Mérida-Badajoz. De. Electrónica. http://www.christusrex.org/www1/camino/ca6-24-01.html-49_k (acceso: 11 mayo 2002).

5.-Maria Gómez, Eliana N Sabeh. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y en la práctica. <http://web.usal.es/wilma/tablon.w3archive/200007/msg00001.html> (acceso: 14 mayo 2002).

6.-Antonio Cruz. La bioética. <http://www.elportalcristiano.com/canales/estudio/estudios/ciencia/bioetica.htm> (acceso: 11 mayo 2002).

7.-"La bioetica y su relación con la tecnología médica". <http://www.pharmaportal.com.ar/bioetica007.htm>. (acceso: 14

mayo 2002).

8.-"Informe Anual del Director 2000. Organización Panamericana de la Salud. El progreso en la salud de la población". http://www.paho.org/spanish/D/AnnReport_00.htm-10 k (acceso: 10 mayo 2002).

9.-"Ética y bioética: Cuestión epistemológica aplicada a la Salud". <http://www.pharmaportal.com.ar/bioetica006.htm>. (acceso: 14 mayo 2002).

10.-Dr. Teodoro F. Puga. Bioética en Pediatría. Arch. Argent. Pediatr. 1999; 97 (1): 26.

11.-González Carrión P. Aspecto éticos en el cuidado de los niños con enfermedad terminal. <http://www.ocenf.org/granada/EnfermeriaG/5.htm>. (acceso: 14 mayo 2002).

12.-B. Silvestre, CL Ronchera-Oms, F.J. Carrera-Hueso y J. Miralles. Introducción a la bioética: (1) conceptos y principios fundamentales. <http://www.farmacia.org/formacion/bioetica/biol-2.htm>-24k (acceso: 11 mayo 2002).

13.-José Antonio Sacristán del Castillo. Capítulo 1. Farmacoeconomía y evaluación económica de medicamentos: Introducción. <http://www.farmacoeconomia.com/Publicaciones/LibroJASIntroduccion.htm> (acceso: 14 mayo 2002).

14.-Llibre Rodríguez J de J, García Capote J, Guerra Hernández M. Consideraciones éticas y sociales en la enfermedad de Alzheimer. Revista Cubana Invest Biomedica. 1999; 18 (1): 54-61.

15.-"La dignidad del hombre como principio regulador en la Bioética". <http://www-derecho-unex.es/biblioteca/Sumarios/Ft/bioetica.pdf>. (acceso: 14 mayo 2002).

16.-"Diez principios de la enseñanza social de la Iglesia". <http://www.ozanet.org/español/projetos.htm>. (acceso: 14 mayo 2002).

17.-"El principio de solidaridad". http://www.eu.int/eur-lex/es/about/abc/abc_07.html-19 k (acceso: 10 mayo 2002).

18.-Su Eminencia Pío Cardenal Laghi ex Prefecto de la Congregación para la Educación Católica en "La Solidaridad, Fundamento del Nuevo Humanismo". <http://www.pucmmsti.edu.do/novedades/jubileo/03laghi.htm>- 63 k (acceso: 10 mayo 2002).

19.-Miguel Marigil Gómez. Bioética y ancianidad. <http://www.msc.es/insalud/hospitales/sanjorge/r3/bioetica>. (acceso: 14 mayo 2002).

20.-Mayka Sánchez. La factura de farmacia de los hospitales se dispara. http://www.elpais.es/suple/salud/archivo/?s_fich=elpsal&i_base=12-25 k. (acceso: 15 mayo 2002).

21.-"Bioetica y justicia sanitaria" Eficiencia vs Equidad: ¿un dilema insoluble?. <http://www.laboratoriosamerica.com.co/web/congreso2001/Doc/BioeticayJusticiaSanitaria.doc> (acceso: 14 mayo 2002).

22.-Op. Cit. En (19).

23.-José María Forcada Casanovas.<http://www.sectormatematica.cl/orientacion/ancianidad.htm>- 5k (acceso: 10 mayo 2002).

24.-"Foro Andaluz de Debate e Investigación sobre la Deficiencia y la Enfermedad Mental. Curso 1998/1999. La senilidad. Conclusiones primera Jornada "Etica y ancianidad". <http://www.promi.es/Jornadas/Foro/foro.htm> (acceso: 11 mayo 2002).

25.-Vega J. La experimentación con humanos. <http://www.med.uva.es/mlf/areas/derechos/experimentacionhumanos>. (acceso: 11 mayo 2002).

26.-"La farmacia en Europa. Conclusiones". http://www.canaldefarmacia.com/i_colegial/europa/farmacia_europa/conclusiones.asp (acceso: 10 mayo 2002).

27.-R. Villalbi J. El tabaco como problema de salud pública. http://www.sespa.aragob.es/informe/sespa2_3.pdf (acceso: 16 mayo 2002).

28.-"El sida y la discriminación". <http://www.monografias.com/trabajos4/elsida/elsida.shtml> (acceso: 14 mayo 2002).

29.-Fernando Alvarez de Miranda y Torres. Sistema Nacional de Salud. Los derechos de los ciudadanos. <http://www.aeds-org/congreso2/2congre-5.htm> (acceso: 24 mayo 2002).

30.-"La revisión del objetivo 34". <http://www.ua.es/dsp/matdocente/documents/mpypsp/sespa/capi34.pdf> (acceso: 15 mayo 2002).

31.-Casado Vicente V, Sevilla Pérez F, Elola Somoza J. El plan de salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Med Clínica. 1998; 110 (7): 265-74.

32.-Juan Manuel Cabasés, Idoia Gaminde. Objetivo 34. "Gestión de la estrategia "salud para todos". http://www.sespa.es/ind_lib04.html (acceso: 16 mayo 2002).

33.-"Acuerdo de 2 de julio de 2001 del Gobierno de Navarra por el que se aprueba el Plan de Salud de Navarra para el periodo de 2001-2005". <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple15/suple11.html> (acceso 15 mayo 2002).

34.-"Plan de Salud Canarias". http://www.gobcan.es/psc/psc01/psc01_01.htm (15 mayo 2002).

35.-Ley 12/2001 de 21 de diciembre de ordenación sanitaria de Madrid. BOE 5 marzo 2002.

36.-Op. cit. en (32).

37.-"Salud Pública".<http://europa.eu.int/scadplus/leg/es/cha/c00008.htm> (acceso: 16 mayo 2002).

38.-"Convención para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Convenio de Asturias de Bioética. Oviedo 4 abril 1997). <http://www.fiscalia.org/legis/leginter.htm> (acceso: 15 mayo 2002).

39.-"La Declaración Universal sobre Genoma y Derechos Humanos". <http://www.ub.es/fildp/archivos/cbym.pdf> (acceso: 15 mayo 2002).