



Revista de Bioética y Derecho  
E-ISSN: 1886-5887  
obd@pcb.ub.es  
Universitat de Barcelona  
España

Francesc, José María  
El principio de justicia y la gestión de recursos crónicamente insuficientes en tiempos de crisis  
Revista de Bioética y Derecho, núm. 29, diciembre, 2013, pp. 62-67  
Universitat de Barcelona  
Barcelona, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78339732007>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



**SEMINARIO INTERNACIONAL DE BIOÉTICA UNESCO  
“LA EQUIDAD Y EL ACCESO A LOS RECURSOS SANITARIOS”**

**El principio de justicia y la gestión de recursos  
crónicamente insuficientes en tiempos de crisis<sup>1</sup>**

FRANCESC JOSÉ MARÍA \*

<sup>1</sup> Intervención de Francesc José María en la mesa de debate “Justicia distributiva y asignación de los recursos sanitarios” del Seminario Internacional de Bioética Unesco “La equidad y el acceso a los recursos sanitarios” celebrado el 31 de enero de 2013.

\* Francesc José María. Abogado y miembro del Comité de Bioética de Catalunya.

Conviene empezar esta breve reflexión sobre cómo debe operar el principio de justicia en tiempos de crisis, habida cuenta el entorno en el que se produce mi intervención, recordando el artículo 10 “Igualdad, Justicia y Equidad” de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco (19-10-1995) que establece: “*Se habrá de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad*”.

Actualmente estamos atravesando en nuestro país una situación excepcional: por primera vez en la historia –desde 2011– los presupuestos en salud decrecen.

Tabla 1. Evolución del Presupuesto del Servicio Catalán de la salud desde 1991 hasta 2012.

Año	Euros	% crecimiento
2012	8.506.556.660,53	-4,76%
2011	8.931.643.881,60	-6,45%
2010	9.547.806.378,95	4,94%
2009	9.098.019.628,02	2,37%
2008	8.887.090.653,86	5,51%
2007	8.422.694.858,20	8,98%
2006	7.728.348.403,57	9,86%
2005	7.034.839.479,11	9,09%
2004	6.448.779.171,52	18,38%
2003	5.447.475.808,06	7,74%
2002	5.055.958.393,00	7,23%
2001	4.714.952.495,45	6,94%
2000	4.409.115.484,03	6,31%
1999	4.147.313.296,73	8,90%
1998	3.808.316.403,03	5,68%
1997	3.603.566.405,83	5,93%
1996	3.401.953.253,28	3,66%
1995	3.281.841.597,25	5,00%
1994	3.125.553.682,40	7,34%
1993	2.911.748.861,08	12,47%
1992	2.588.853.629,51	13,68%
1991	2.277.252.893,87	

Fuente: Servicio Catalán de la Salud.

Dicha situación excepcional ha descolocado a políticos, planificadores, gestores sanitarios, profesionales y usuarios, acostumbrados a prometer, planificar, gestionar y consumir recursos destinados a la sanidad pública que durante años han mantenido un crecimiento sostenido, y no ha hecho sino agravar un problema endémico de todos los sistemas de salud: la cronicidad de la insuficiencia de los recursos que siempre, hasta en las épocas de mayor crecimiento e inversión, han sido escasos.

Ante dicha situación la respuesta dada desde la política ha sido muy parca, no se está planteando como reformar el sistema para garantizar su sostenibilidad futura, limitándose a plantear recortes (de momento el colectivo más perjudicado ha sido el personal sanitario que ha sufrido

reducciones salariales y de plantillas y aumento de jornada) para adecuar la oferta de servicios sanitarios a las disponibilidades económicas actuales sin darse cuenta que, en palabras de Francisco Longo “menos de lo mismo no es ninguna reforma”.

Ello no obstante, pese a su rebaja en los dos últimos ejercicios el presupuesto destinado a salud en Cataluña ha mantenido el mismo peso relativo: un 38 % del presupuesto total de la Generalitat de Catalunya.

Tabla 2. Evolución del presupuesto consolidado de Salud (Departamento/CatSalut/ICS).

EJERCICIO	MILES	RESPETO EJERCICIO ANTERIOR
2011	9.188.607,30 €	(- 6,45 %)
2012	8.756.205,91 €	(- 4,7 %)

Fuente: Servicio Catalán de la Salud.

La disminución del presupuesto de gasto destinado al ámbito de la salud ha supuesto una disminución de la capita (presupuesto dividido por población) en un contexto en el que el divisor – volumen de la población protegida- a su vez ha disminuido por diversas razones: descenso de la natalidad, regreso de población inmigrante a sus países de origen y expulsión del sistema de protección pública de personas que hasta la reciente reforma de 2012 formaban parte de colectivos protegidos.

Tabla 3.- Evolución de la capita en Cataluña (número de tarjetas sanitarias en 2011: 7.612.890).

	€/ AÑO
2003	860,03
2010	1.297,45
2012	1.207,81

Fuente: Servicio Catalán de la salud.

El malogrado Ernest Lluch en un artículo (1) en el que reflexionaba sobre los costos crecientes de la sanidad pública establecía que existían tres grandes condicionantes del gasto en sanidad, a saber:

1) la innovación tecnológica que mejora la calidad pero no reduce los costes de la atención.

2) la inexistencia de mecanismos autorreguladores suficientes porque quien decide/escoge (el profesional) no es quien consume (el paciente) y ninguno de los dos es quien paga (el gestor). Esta disparidad de intereses produce problemas éticos específicos en las organizaciones y sistemas sanitarios, en particular los dilemas que crea la aplicación del principio de justicia. Y

3) La demandas de servicios tiende al infinito, por un lado la mejora de la oferta de los servicios públicos de salud ha generado una mayor demanda de los mismos, se puede afirmar que el Sistema Nacional de Salud español se está muriendo de éxito y por otro, al menos hasta la reforma de 2012 (2),

siempre ha existido la impresión entre la población de que la atención sanitaria no tenía precio, por la falta de pago en el momento de su consumo, olvidando que si bien es cierto el dicho de que “la salud no tiene precio” hay que completar la frase con un “pero tiene un coste”.

Diversos son los factores que generan el incremento del gasto sanitario, que vienen a ser los mismos que explican las listas de espera y las generan, agravándolas si añadimos el factor de la limitación de recursos, y no sólo nos referimos a los que tienen expresión monetaria (presupuesto de gasto), también son limitados otros recursos no monetarios como los órganos y tejidos, la sangre, los medios físicos, el conocimiento científico, la tecnología, los profesionales....

Dichos factores son suficientemente conocidos y estudiados, entre otros: el envejecimiento de la población, la necesidad de disfrutar de buena salud en edades avanzadas, la mayor indicación de intervenciones derivada de las mejoras técnicas y diagnósticas, los avances científicos, la mayor disponibilidad de información, los nuevos comportamientos de los ciudadanos cada vez más conscientes y conociendo sus derechos.

El desajuste entre la oferta (provisión de servicios) y la demanda (necesidad expresada) se resuelve habitualmente mediante un criterio explícito que es el tiempo de espera que se materializa en las listas de espera. Quizá sea éste actualmente el principal problema de nuestro sistema público de salud: ¿cuántos esperan?, ¿por cuánto tiempo?

Cuando las listas de espera son razonables son un factor de eficiencia y de asignación de recursos pero cuando las mismas dejan de ser razonables se convierten en un problema sanitario. Hasta hoy cuando el paciente es atendido por nuestro sistema público de salud la calidad técnica de la atención diagnóstica o terapéutica que recibe no ha sufrido merma, el problema es el retraso temporal en alcanzar esa atención.

Siempre se ha afirmado que “gobernar es priorizar”, afirmación con la que todo el mundo está de acuerdo, pero hoy hay que añadir “y en tiempos de crisis racionar” y como entender lo del “racionamiento” ya no suscita tanto consenso. Como dice Vicente Ortún (2) el objetivo debe ser una priorización transparente, estable, basada en datos objetivos y con criterios clínicos y sociales.

Lamentablemente los criterios de priorización y racionamiento tienen poca o nula transparencia quedando difuminados entre decisiones de política sanitaria muchas veces enmascaradas como decisiones clínicas y procedimientos administrativos.

El racionamiento y la determinación de prioridades, los famosos ajustes, han de perseguir adecuar la oferta de servicios a la demanda expresada de los mismos en el contexto de limitaciones y reducciones presupuestarias. Y ello debería producirse en un marco de plena transparencia con un debate político y social abierto acerca del modelo sanitario, la cartera de servicios, el nivel de protección, la introducción si son necesarias de fórmulas de copago las reformas que debe sufrir, y lo que es fundamental con una visión sistémica por parte de todos los actores. No se puede continuar construyendo o, según se mire, destruyendo el sistema sanitario público desde un planteamiento de los diferentes agentes que interactúan en el mismo que se resume en ¿y de lo mío qué ?

El racionamiento de los recursos es moralmente aceptable cuando hay razones para ello como son la insuficiencia de los recursos o la suficiencia de los mismos para cubrir las necesidades sanitarias pero no para cubrir todas las necesidades de la población (educación, servicios sociales, seguridad ciudadana, transporte,...)

Debe producirse un debate ético y político. Desde la ética viene siendo hora que nos preocupemos más de cómo debe operar el principio de justicia. Hemos dedicado mucho tiempo a la reflexión sobre los principios de beneficencia y de autonomía y quizás, inconscientemente, hemos reflexionado poco sobre la justicia porque quizás sea más incómoda dadas las ideologías apriorísticas sobre la concepción del modelo de sociedad de los que cada quien parte al afrontar el debate.

Por otra parte la sociedad a través de sus representantes políticos debe decidir cuántos recursos está dispuesta a invertir en sanidad en relación con el resto de necesidades sociales y cuánto está dispuesta a contribuir a su mantenimiento con sus impuestos. Todo ello tiene una materialización: la ley de presupuestos.

La priorización y la distribución de recursos plantea múltiples dilemas éticos: ¿qué enfermedades deben ser sacrificadas en favor de otras?, ¿cómo se aborda la diferenciación en el trato a distintos grupos de población sin caer en la discriminación?, ¿dónde se encuentra el punto de equilibrio entre los diversos principios de la bioética en juego, autonomía, beneficencia, justicia?, ¿cómo superar la concepción tradicional de la equidad sanitaria que no es otra que la de priorizar a los más graves?

Siguiendo a Vicente Ortún i Jaume Puig (2) la forma de establecer prioridades tiene mucho que ver con la resolución de la siguiente ecuación: todo, para todos, de la mejor calidad y a precio cero. Hasta fechas recientes había dos elementos de la ecuación aceptados pacíficamente en nuestro entorno: el “para todos” (universalidad) i “de la mejor calidad” (objetivo permanente de los servicios de salud y de las entidades proveedoras de servicios). Y cuando se abordaba la problemática de la sostenibilidad económica de los sistemas de salud se focalizaba la discusión en el “todo” (amplitud de la cartera de servicios) y en el “a precio cero en el momento del consumo” (copagos, tickets moderadores, tiempo de espera y otras barreras de acceso).

Desde la reforma del Sistema Nacional de Salud operada por la puerta trasera mediante la promulgación del Real Decreto-ley 16/2012, se ha afectado el “para todos” mediante la limitación de la población cubierta por el sistema sanitario de financiación pública a los asegurados y a sus beneficiarios y, como efecto directo de los ajustes presupuestarios derivados de la situación de crisis que atravesamos, se puede empezar a afectar negativamente la calidad por el retraso no razonable en la atención, por las limitaciones a la accesibilidad de los servicios y por la sobrecarga de trabajo de los profesionales.

El principio de justicia distributiva visto desde el punto de vista del sistema establece que es necesaria la distribución equitativa del derecho a la protección de la salud. Para ello se han de cumplir dos requisitos: el primero, no por obvio hay que dejar de mencionarlo, tener recursos, y el segundo gestionar los recursos de forma eficiente, eficaz y con sentido de la equidad. Hoy, en la situación de

escasez en la que nos encontramos, hemos de reivindicar que la eficiencia en la gestión es, además de un principio del gerencialismo, una verdadera exigencia ética.

Existen dos tipos de equidad hacia la que deben dirigirse, especialmente en tiempos de crisis y racionamiento, las actuaciones sanitarias y no sanitarias de los responsables políticos, puesto que hay condicionantes de la salud a los que la población se halla expuesta no estrictamente sanitarios. La equidad en la salud que supone la disminución de las desigualdades en salud por territorios, grupos de población, etc. y la equidad en la atención que supone la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud.

Hemos visto que a los planificadores y reguladores de los sistemas de salud les compete priorizar y racionar. Pero también el resto de actores del sistema de salud han de hacer su contribución al logro de la eficiencia y eficacia en la gestión de los recursos: han de racionalizar su uso.

Los gestores pueden, por ejemplo, mejorar los sistemas de información, el análisis y publicación de sus resultados tanto económicos como de salud, establecer de acuerdo con los clínicos los sistemas de priorización que van a emplear y publicitarlos, mejorar la coordinación entre niveles asistenciales y favorecer la implantación de procedimientos alternativos a la hospitalización.,

Los profesionales tienen el deber legal (art. 5.1.b) LOPS (3) de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo, deben tomar en consideración los costes de sus decisiones clínicas y evitar la sobreutilización o inadecuada utilización de tales recursos.

Y finalmente los usuarios y pacientes tienen también sus deberes legales establecidos en el artículo 11 LGS(4): utilizar y disfrutar de forma responsable de los servicios de salud y hacer un uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema.

Es pues tarea de todos, cada uno al nivel de sus responsabilidades en el sistema, conseguir que los recursos sanitarios, crónicamente escasos, puedan ser distribuidos equitativamente entre la población como también deben ser distribuidos equitativamente los sacrificios que, llegado el caso, se hayan de realizar.

Para finalizar parece oportuno citar a la Profesora Victoria Camps (5), que en 2004 cuando el presupuesto de salud de la Comunidad Autónoma de Cataluña se incrementaba un 18 %, afirmaba: *“Hacer justicia y velar por la salud de todos cuando los recursos son, casi por definición, escasos, repercutirá en una disminución de la autonomía de las personas y de los mismos profesionales de la salud...”*

- ◆ E. Lluch. Costos crecientes y éxitos sanitarios públicos. Revista de Administración Sanitaria. 2007; 5(2): 339-348.
- ◆ V. Ortún, JL Pinto, J Puig. El establecimiento de prioridades. Atención Primaria 2001; 27: 673-676.
- ◆ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias
- ◆ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- ◆ V. Camps. El talante bioético. FRC Revista de Debat Polític núm. 9. 2004.