

Cuando los recursos económicos se agotan: ética del alta hospitalaria

JOSÉ ADRIÁN ROJAS DOSAL

Seguramente todos tenemos claro que un paciente es dado de alta de un internamiento hospitalario únicamente por tres razones: la primera –la más común– cuando las condiciones de salud han mejorado y el motivo del internamiento ha desaparecido; la segunda se presenta con menos frecuencia, pero también es posible, cuando el paciente o la familia solicita su alta voluntaria, aunque el grado de mejoría no sea el óptimo, y finalmente la tercera, cuando el paciente fallece. Pero cuando el argumento para el alta de un paciente es que los recursos económicos se han agotado y no hay posibilidades de continuar su atención, aunque ésta sea indispensable porque su salud no se ha recuperado, las cosas no están marchando bien y es necesario intentar analizar qué está ocurriendo.

Aceptar que la ética médica está basada primordialmente en la búsqueda del beneficio del paciente y que de aquí derivan todos los lineamientos para resolver los conflictos que pudieran surgir, en cualquiera de los ámbitos en donde se da esta relación, nos servirá como base para hacer el planteamiento del tema.

Hasta ahora, la manera de solventar los gastos originados por la atención médica de un paciente se hace de varias formas. Una de ellas es el pago directo del bolsillo del paciente, que paradójicamente en los países de menor desarrollo económico, llega a ser hasta de 40% o más del total de los casos que se atienden.¹ Otra manera de financiar los gastos en salud es contar con un seguro de carácter social. La tercera forma es a través de la compra de un seguro voluntario.

Hay diversas causas que han dado origen a un incremento importante de los gastos en la atención de la salud y que es un problema generalizado en todo el mundo. Este incremento ha ido aumentando en forma constante y considerable desde mediados del siglo xx. En 1948 el gasto en salud era de solamente 3% del producto interno bruto mundial, pasó a ser hasta de 7.9% en 1997.¹

Este considerable aumento del gasto en salud ha traído como consecuencia la elevación de los costos y por lo tanto se ha provocado que un porcentaje importante de la población mundial no pueda acceder a buenos servicios de salud, en especial en los países en proceso de desarrollo.

En México, la inversión en salud es de solamente 5.7% del PIB, mientras que en países desarrollados de Europa Occidental así como en Estados Unidos y Canadá alcanza cifras de 10 a 13% del PIB.² Por otra parte, si bien es cierto que en nuestro país cerca de 50% de la población se encuentra dentro del régimen de

seguridad social, que teóricamente les permite acceder a los servicios médicos con más facilidad, asegurándoles los medicamentos necesarios y la realización de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que se requieran,³ bajo esta perspectiva, se haría innecesario que acudieran a buscar otras opciones de atención, cuando se les presenta algún problema relacionado con su salud.

Sin embargo, conocemos el vía crucis que padecen muchos de estos enfermos para obtener esta atención, lo que les orilla a ingeniárselas en la búsqueda de otras opciones, entre las que se encuentra solicitar atención médica privada.

Del 50% restante, un porcentaje muy reducido de nuestra población tiene un seguro médico de gastos mayores; de éste 60% tiene una póliza de grupo o colectiva y 40% tiene un seguro personal o individual.⁴ El resto de la población no tiene ninguna protección y enfrenta los eventos de enfermedad pagando directamente todos los gastos de su propio peculio o bien, acudiendo a los servicios públicos de salud tanto federales como estatales.¹

Los casos que se presentan en la atención que dan los hospitales privados, en su gran mayoría, tienen una relación directa con las compañías de seguros, aunque también hay pacientes que acuden a estos hospitales sin tener ningún tipo de seguro médico.

Como se mencionaba en el párrafo anterior, la población que tiene este tipo de protección es todavía pequeña, aproximadamente entre 5 y 7% en México.⁴ Si bien estos seguros de gastos médicos mayores están presentes en nuestro medio desde hace 40 años, su crecimiento ha sido muy lento y es hasta los últimos diez años que se ha incrementado su venta, debido al aumento creciente del costo en el cuidado integral de la salud. Estos seguros operaban bajo la modalidad de pago por evento, sin embargo sus políticas y sistemas se han modificado recientemente y han adoptado las reglas de operación de la medicina administrada, con el fin de contener sus costos y aumentar sus beneficios.⁵ No hay que perder de vista que estas empresas están enfocadas básicamente a la obtención de ganancias.^{6,7}

Cuando el paciente presenta un evento de enfermedad que requiere hospitalización en una clínica privada, se le proporcionará atención médica o quirúrgica de acuerdo con el seguro que haya sido contratado, hasta llegar al límite de la cantidad asegurada.⁷ Así, cuando la enfermedad a resolver es sencilla y sin complicaciones, seguramente quedará dentro de los límites pactados y no habrá ningún conflicto. Pero cuando el proceso patológico es complejo y se requieren múltiples estudios de laboratorio y gabinete, o se indican procedimientos quirúrgicos de alta tecnología y estancias en terapia intensiva, o bien, si es demasiado complicado y grave el proceso, la utilización de medicamentos costosos y de medidas de sostén prolongadas, como alimentación parenteral o hemodiálisis, se puede llegar rápidamente y con mucha facilidad al agotamiento de la cantidad contratada y surgir entonces el problema de qué hacer con el paciente. Si la familia tiene recursos, seguramente participará y procurará solucionar el problema económico de diversas formas, incluso realizando gastos que pueden ir más allá de sus posibilidades y caer entonces en los llamados gastos catastróficos;² pero cuando no hay recursos o se han agotado todos, persiste la interrogante: ¿qué hacer con el enfermo? Ningún hospital privado va ha tomar por su cuenta un problema como éste. Por lo general previenen al médico tratante de la inminente terminación de su capacidad de pago y buscan la derivación del paciente a alguna institución pública para que continúe su tratamiento.

Aquí surgen varios conflictos de carácter ético. En primer lugar, esgrimir el argumento del agotamiento de los recursos económicos del paciente y por esta ra-

zón darlo de alta antes de que recupere su salud, desde el punto de vista de la ética médica no se justifica y el que toma la decisión y procede a la externalización del enfermo debe estar consciente de esta situación.^{8,9} Otro problema, también de carácter ético es ¿cómo enviar a un enfermo, al que ya le agotaron sus recursos económicos, que requiere cuidados y probablemente tratamientos costosos, a una institución pública que generalmente no cuenta con todos los recursos y si los tiene son muy escasos? Y adicionalmente, si al final logran su traslado, esto traerá como consecuencia que se estará privando a otro enfermo, que si pertenece a esa institución pública, sin recursos económicos, de la oportunidad de acceder al tratamiento que le es necesario.

También dentro de este ámbito, que obliga a tomar decisiones que implican a la ética médica, es cuando el hospital no cuenta con lo necesario para la atención del paciente, que lo hemos vivido con frecuencia los que trabajamos en alguna institución pública, donde no es raro que se agote el presupuesto y se queden sin los insumos indispensables o bien que los equipos no funcionen porque no hay recursos para darles mantenimiento preventivo. Se presenta entonces el problema de ¿qué hacer con el enfermo? No se le puede enviar a su casa a esperar que se surtan los materiales necesarios o a que sean reparados los equipos, sobre todo si su padecimiento es grave y está progresando y por lo tanto se corre el riesgo de que ocurran complicaciones o se presenten lesiones irreversibles. Lo que se hace en estos casos es enviarlo a otro hospital de la misma institución o incluso a otra institución, en donde pueda ser resuelto favorablemente el problema. La implicación ética en estos casos es que el paciente eligió ese hospital o a determinado médico para que le atendiera, seguramente hizo gastos previos o invirtió tiempo, y al ser enviado a otra institución, se está faltando a la confianza que el paciente había depositado en ese médico y en esa institución, con seguridad tendrá que realizar nuevamente sus estudios, lo que conlleva a generar más gastos y como consecuencia también perderá más tiempo.¹⁰

Qué decir de la exigencia en algunas instituciones públicas de salud, que imponen a los pacientes que requieren de un trasplante renal o de médula ósea,

demostrar una solvencia económica suficiente para la compra de los medicamentos inmunosupresores que requerirán después del trasplante, algunos de ellos por el resto de su vida. De no poder demostrar la capacidad económica exigida, este paciente queda fuera del programa y prácticamente se le condena a morir o a permanecer supeditado a procedimientos de sostenimiento como hemodiálisis o transfusiones y quimioterapia, según sea el caso, mientras los recursos con los que cuenta le alcancen; cuando se le terminen estos recursos, tampoco le quedará otro camino que morir. Sin embargo, aquí cabe una pregunta, si la institución no tiene suficientes recursos, ¿valdrá la pena que los pocos recursos con los que cuenta se empleen en un paciente que no puede sostener el tratamiento con inmunosupresores de por vida? Si se hace el trasplante seguramente se suspenderá el tratamiento posquirúrgico, entonces ¿de qué manera se justificará todo el esfuerzo y la inversión que se hizo en ese trasplante? Por otra parte, al haber utilizado estos escasos recursos en un paciente que se preveía que iba al fracaso por las razones expuestas, seguramente se le estará quitando la oportunidad a otro paciente que podría haber tenido mejor pronóstico, porque sí tenía más recursos. ¿Esto se justifica? ¿Podríamos argumentar que es mejor el mal menor por el bien mayor?¹¹

drá la pena que los pocos recursos con los que cuenta se empleen en un paciente que no puede sostener el tratamiento con inmunosupresores de por vida? Si se hace el trasplante seguramente se suspenderá el tratamiento posquirúrgico, entonces ¿de qué manera se justificará todo el esfuerzo y la inversión que se hizo en ese trasplante? Por otra parte, al haber utilizado estos escasos recursos en un paciente que se preveía que iba al fracaso por las razones expuestas, seguramente se le estará quitando la oportunidad a otro paciente que podría haber tenido mejor pronóstico, porque sí tenía más recursos. ¿Esto se justifica? ¿Podríamos argumentar que es mejor el mal menor por el bien mayor?¹¹

Pero tratemos de reflexionar sobre por qué se han producido estos cambios, por qué se están presentando con mayor frecuencia. La respuesta es de carácter económico, si consideramos que en las últimas cinco décadas los costos del cuidado de la salud han tenido un crecimiento desmesurado, dos o tres veces por arriba de los índices inflacionarios,^{12,13} aparentemente. No hay sistema de salud que los pueda sostener, sobre todo si no está bien planeado o si no se le proporcionan los recursos suficientes y además se le recortan permanentemente sus presupuestos.

A pesar de que en muchos países los objetivos de los modernos sistemas de financiamiento de la salud han sido principalmente los de buscar soluciones para facilitar el acceso a todos los ciudadanos a una buena atención de la salud, es evidente que no se ha logrado en todos.¹⁴ Actualmente en México las autoridades de salud han señalado como piedra angular de su mandato enfrentar los tres grandes desafíos que consideran los más importantes en el cuidado de la

salud de los ciudadanos: la iniquidad, la insuficiente calidad y la desprotección financiera –especialmente en la desprotección financiera que puede llevar a gastos importantes o catastróficos, cuando alguno de sus miembros se enferma y se requiere hospitalización o cuando tienen que enfrentar un padecimiento crónico y costoso.³

Una de las líneas de acción que se han propuesto es la de establecer un Seguro Nacional de Salud con lo que pretenden incorporar, de manera progresiva, a toda la población que en este momento no tiene ninguna protección. Se supone que esto solucionará el problema de la iniquidad y que se dará la protección financiera. De acuerdo con este plan, sólo quedarían subsidiadas total o parcialmente, por aportaciones gubernamentales, las personas de menos recursos, distribuyéndose el resto de los gastos con aportaciones de los que sí pueden pagar o con impuestos especiales que se orientarán a este proyecto.³ Se considera que de esta manera se darían las condiciones suficientes para cualquier atención que fuera solicitada, sin que en ningún momento se tuvieran que enfrentar situaciones en donde por falta de recursos se viera interrumpida la atención de los enfermos, cualquiera que fuera la capacidad económica de ellos.

Aunque el objetivo de esta presentación no es analizar las estrategias del financiamiento del sistema de salud mexicano, las repercusiones que este plan pudiera tener en su funcionamiento a mediano y largo plazos tiene muchas interrogantes, sin embargo, su intención la considero como una posible solución que evitaría los problemas éticos que hoy se presentan y que tienen que ser enfrentados por los médicos y por las instituciones públicas de salud, debido a la falta crónica de recursos. Y por otra parte, quedarían zanjadas las injusticias a las que se ven sometidos algunos enfermos por las empresas de seguros médicos que se niegan a cumplir con lo pactado o que discriminan a grupos que requieren de mayor atención, como los ancianos y los enfermos.

Lo que es indudable es que se requiere una reforma radical en el sistema de salud de nuestro país, pues sería deseable una asignación mayor de recursos a la salud.¹⁵ Con más presupuesto para todas las instituciones que se dedican al cuidado de la salud de los mexicanos, se podrían equipar mejor sus hospitales, lo que les mantendría en la vanguardia de la tecnología y les evitaría la escasez de sus insumos. Por otra parte, el gobierno debe legislar para evitar los enormes

abusos económicos en el ejercicio privado de la medicina. Evitar que proliferen organizaciones privadas de medicina administrada con fines puramente de lucro a las que no les importa la buena atención médica, empresas que no van con nuestra tradición y no respetan nuestra idiosincrasia y que por supuesto no ayudan a solucionar nada.¹⁶

También sería muy recomendable una reforma a fondo de las instituciones de seguridad social para que se establecieran como objetivos primordiales la calidad en la prestación de la atención y la mejora del nivel académico y tecnológico de todos sus servicios.

No podemos cerrar los ojos ante los cambios que se están generando en la atención médica, que tienen diversos orígenes, pero que finalmente repercuten y limitan la buena práctica. A la comunidad médica en general corresponde profundizar más en todo lo relacionado con la ética aplicada a nuestra profesión, con el propósito de que sea uno de los elementos fundamentales que tomemos en consideración cuando estemos frente a los enfermos y tengamos que tomar decisiones que repercutan en su salud y en su economía, ya que están en total indefensión. Los pacientes consideran que nosotros, como médicos, siempre tomaremos la mejor alternativa que pueda favorecerles, porque consideran que somos profesionales con una alta capacitación y con un amplio bagaje moral, que no buscamos sólo el provecho personal. En lo que corresponde al alta hospitalaria del paciente porque se han agotado sus recursos a pesar de no haberse resuelto el motivo de su internamiento, es totalmente cuestionable desde el punto de vista ético, sin embargo es indudable que cada vez con mayor frecuencia se están protagonizando estos episodios en nuestros hospitales y es necesario que el médico tenga una idea y se forme un concepto de cuáles serían las implicaciones éticas en las que se vería involucrado, al enfrentarse a estos casos.

¹ OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud*, 2000:107-133.

- ² SSA, *Salud México 2001. Información para la Rendición de Cuentas*, 2001: 74-83.
- ³ Soberón G., "La participación del sector privado. La reforma de la salud en México", *Gac. Med. Méx.*, 2001, 137: 437-443.
- ⁴ Angulo J. M., *Seguros de gastos médicos de grupo y colectivo. Gastos médicos mayores en México*, Editorial Prado, México, 1997. 51-58.
- ⁵ Wagstaff A. Doorslaer E., Paci, P., "Equidad en la financiación y prestación de la asistencia sanitaria", VIII Jornadas de Economía de la Salud, Las Palmas de Gran Canaria, mayo 1988, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1990.
- ⁶ Stocker K., "The exportation of manager care to Latin America", *NEJM*, 1999. 340: 1131-1136.
- ⁷ Relman A. S., "The new medical-industrial complex", *NEJM*, 1980, 303: 963-970.
- ⁸ Snyder I., Povar, G., *Medical ethics. Professionalism and the changing practice environment. Ethics and Human Rights Committee*, American College of Physicians, 1999.
- ⁹ Freidson E., *Professionalism and institutional ethics. The American medical ethics revolution*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1999.
- ¹⁰ López de la Peña X., *Los derechos del paciente*, Trillas. México, 2000.
- ¹¹ Hall M. A., "Ethical practice in manager care: a dose of reality", *Ann Int Med*. 1998, 128:395-402.
- ¹² Rivero S. O., *Los altos costos de la medicina actual. Potencias y Discursos*, Consejo de Salubridad General, Secretaría de Salud 2000, 132-136.
- ¹³ McConnell C. R., "Health care cost containment: a contradiction in terms?", *Health Care Manager*, 2001, 20: 68-79.
- ¹⁴ Frenk J., González B. M., Knaul F., Lozano R., "La seguridad social en salud: perspectivas para la reforma, en Solís S. F., Villagómez A., *La seguridad social en México*, 1999.
- ¹⁵ Guerrero C., Merlos A., Núñez E., "Divide a los diputados paquete presupuestal", *Reforma*, 12 nov. 2004.
- ¹⁶ *Las instituciones de seguros especializadas en salud en México*, *Gac. Med. Méx.*, 2000, 136: 309-310.

