



Juan José Rodríguez Sendín habló en el *Nuevo Foro Económico* y se armó un buen lío. Las palabras que titularon su intervención en todos los medios de comunicación son las siguientes:

Los médicos piden que los ciudadanos paguen por el mal uso de la sanidad. (eldiario.es, ABC, elpaís)

No vamos a entrar a hablar de que esta propuesta parta del presidente de la Organización Médica Colegial, especialmente porque en muchos otros aspectos creo que se ha ganado el crédito suficiente como para no ser "acribillado" blogueramente a partir de un titular de la agencia EFE, y porque en el cuerpo de la noticia en algunos medios se subraya que este aspecto fue muy marginal en su discurso, ocupando más espacio la reclamación de la vuelta de la universalidad al sistema sanitario, por ejemplo.

Sin embargo sí que consideramos pertinente dedicar algunas palabras a hablar sobre la medida que se propone en el titular que hemos citado, y que es una de las propuestas que más frecuentemente se pueden escuchar si se habla con trabajadores quemados de servicios de Urgencias de algún centro sanitario (entre algunos de los no quemados también hay quien lo defiende, y quien no): **que los pacientes que "usan mal/abusan de" el sistema sanitario paguen por ello algo de dinero.**

Vamos a tratar de hacer un análisis -sencillo intentando que no sea simple, pero sin demasiados artificios- en tres planos: económico, ético, de organización de servicios sanitarios.

Perspectiva económica.

En un texto que nos llegaba esta tarde por medio de [María José Mas](#) analizaban los efectos de instaurar distintos tipos de copagos en diferentes niveles y servicios asistenciales. En el [blog de](#)

[Mónica Lalanda](#) se hacen eco de ese estudio afirmando que demuestra (no entraremos en debates epistemológicos en este post) que los copagos en Urgencias no deterioran la salud de la población pero sí consiguen disminuir la demanda de los servicios de Urgencias.; sin embargo, si uno se para a leer el texto se da cuenta de que dista mucho de ser un artículo que demuestre nada, sino que se limita a decir que la imposición de copagos disminuye la demanda y no parece (ojo, "no parece" dicen) que se asocie a resultados negativos en salud -además, el propio artículo reconoce que es mejor actuar en otros puntos de la organización de los sistemas, antes que en la imposición de copagos-... ¿la pega? Muchas, principalmente tres: 1) Trata las urgencias como si fueran un sistema cerrado, simplificando hasta el extremo, cosa que no tiene mucho sentido en sanidad, de modo que no se realiza un análisis de qué ocurre con los pacientes que no acaban en los servicios de urgencias, 2) La palabra "equidad" no aparece ninguna vez en los 31 folios que tiene el documento... analizar políticas de transferencia de costes al usuario sin hablar de equidad es inaceptable desde el punto de vista económico, clínico y ético, y 3) Se utilizan estudios con corto periodo de observación.

Este tercer punto es una de las críticas principales desde el punto de vista económico; como estamos viendo con el incremento del [copago en medicamentos](#), los copagos sirven para bajar el escalón de la demanda, pero no para modular la pendiente de su curva; es decir, introducir el copago puede funcionar en el corto plazo para contener la demanda, pero en el medio-largo plazo no es una medida útil en absoluto y puede tener efectos adversos en relación, principalmente, con la equidad.

Otra de las críticas económicas que se pueden realizar es la relacionada con el efecto renta y la legitimación del mal uso por parte de las clases pudientes. Siempre que uno introduce un copago moderado (porque si es muy pequeño no merece la pena introducirlo porque no sirve para nada) disminuye la demanda, de forma que los más afectados son aquellos para los que la cantidad que debería pagarse es significativa (efecto renta); además, podemos encontrarnos con un efecto paradójico, y es que si introducimos un copago de X € por el *mal uso* (luego hablamos de este término) de las urgencias, podemos estar legitimando que aquellas personas que puedan permitírselo lleven a cabo ese mal uso de forma deliberada, "porque para eso estoy pagando" (para mal-usar, en efecto), y además "como estoy pagando quiero que me atiendan así o asá".

Perspectiva ética.

A este respecto son dos, a nuestro parecer, los aspectos fundamentales que deben centrar el debate: el médico como definidor del "mal uso" y si es justo o no la instauración de esta "multa" (concepto relacionado con la responsabilidad que atribuimos al individuo).

En relación con el médico como definidor del "mal uso" nos encontramos ante una situación parecida a la encontrada cuando el ministerio decidió desfinanciar medicamentos en función de que se usaran para tratar "síntomas menores". El médico puede juzgar una demanda clínica como "clínicamente injustificada", pero determinar que se trate de un "buen" o "mal" uso es poner al médico como objetivador de las subjetividades del paciente, sin tener toda la información (en algún momento la asimetría de información tenía que favorecer al paciente). Además, es posible que ésta sea una de las justificaciones por las que esta medida parece gozar de cierta aceptación en una parte de los profesionales que trabajan en las urgencias: el definidor del abuso (el médico) nunca será definido como "abusador", incluso cuando

parte del abuso pueda provenir de una mala práctica clínica por su parte.

Por otro lado, si se imponen multas por "mal uso" de los servicios de urgencias es porque estamos dando por sentado que es un mal uso consciente y cuya responsabilidad recae en su totalidad en el usuario. Es pertinente recordar el texto que publicamos hace poco sobre la [teoría de las capacidades y el papel de la responsabilidad individual](#), especialmente el párrafo que decía:

"Desde la perspectiva de las capacidades, los individuos se convierten en moralmente responsables de sus elecciones según sean sus capacidades, no de forma independiente a estas. Las elecciones que uno hace dependen de las opciones que uno tiene. Y, la conexión entre las elecciones personales y los resultados obtenidos sólo se pueden establecer después de tener en consideración el papel causal de los condicionantes biológicos, las condiciones físicas y las sociales. Sin eso, podríamos estar haciendo plenamente responsable a la gente de decisiones de las cuales son, solamente, responsables de forma parcial."

Es decir, ¿vamos a considerar "responsable" a la persona que acude a urgencias por un catarro común cuando desde los medios de comunicación bombardean contabilizando los muertos por gripe A, "que es igual que un catarro"? ¿y a una persona que va con una pequeña contusión de tobillo cuando resulta que solo por ir al hospital se lleva dos radiografías en el acto, inmovilización y heparina? ¿y a una persona que trabaja de 8 a 22 y en cuya barriada cerraron hace 2 meses el centro de salud que abría de noche? ¿y a la mujer de 63 años, sin estudios elementales, a la cual le han informado de las condiciones de "mal uso" por medio de un papel que no puede leer porque no sabe leer? La atribución de responsabilidades individuales en contextos complejos es complicada, especialmente cuando los que se dedicarían a dictar sentencia son personas entrenadas para otra cosa distinta. Desde una perspectiva utilitarista, tal vez podríamos pensar que es necesario maximizar el valor añadido de cada consulta de urgencias, por lo que debemos excluir de la asistencia a aquellos cuyo valor añadido neto sea bajo; afortunadamente el utilitarismo como teoría de la justicia parece que debe quedar atrás en el contexto de la distribución de recursos en salud, de modo que teorías de la justicia más "avanzadas" como la rawlsiana o la aproximación de las capacidades -citada en el párrafo previo- aportan matices al debate que lo enriquecen a la vez que lo vuelven más complejo.

Por último a este respecto, hemos de decir que como médicos clínicos lo último que nos gustaría es que de nuestro juicio clínico dependiera que un paciente pagara o no la visita a urgencias -especialmente cuando ya son muchas las decisiones de nuestro trabajo las que repercuten directamente sobre el bolsillo del paciente-, máxime en situaciones extremas de privación de recursos; esto introduce una mecánica mercantilista en un proceso que hasta ahora se ha regido -de mejor o de peor manera- por unas normas sociales; si mercantilizamos la asistencia clínica, preparémonos para dejar de ser médicos y convertirnos en "otra cosa". No se trata de que el médico reparta justicia distributiva (principio bioético al que se agarran quienes tratan de justificar esta medida como virtuosa desde el punto de vista bioético) con el dedo acusador, sino de que sus acciones, y las del sistema sanitario en su conjunto, contribuyan a no incrementar las desigualdades sociales existentes y, mediante el uso óptimo de los recursos a su alcance, traten de caminar hacia una redistribución de equidad que, al menos en nuestro sistema sanitario, se consigue más en unos niveles asistenciales que en otros.

Perspectiva desde la organización de servicios sanitarios.

En muchos lugares la demanda en urgencias se puede ver como desmesurada y, en una parte variable, injustificada desde el punto de vista clínico, pero... ¿qué hacer?

Los servicios de Urgencias no son islotes aislados en el sistema sanitario, sino que de sus interacciones con los diferentes niveles asistenciales se acaba definiendo su actividad, en una parte muy importante. Potenciar la resolutiveidad de los servicios de atención primaria está claro que es lo primero que se nos viene a todos a la cabeza cuando pensamos en cómo disminuir la demanda en los servicios de urgencias; igualmente, disminuir los incentivos perversos a los servicios de hospitalización que hacen que si el paciente pasa por urgencias -y se va haciendo algunas pruebas- se penalice en menor medida su estancia posterior en la planta de hospitalización. Sin embargo, de lo que no solemos hablar es de que todas estas medidas no funcionarán si no son fuertemente respaldadas por toda la estructura de organización porque son fuertemente contrarias a la deriva de la sociedad postmoderna; en la actualidad los servicios de Urgencias representan la inmediatez y la necesidad de cobertura a los deseos individuales que la sociedad postmoderna reúne dentro de sus valores fundamentales, motivo por el que cuanto mayor sea la brecha entre la inmediatez de las urgencias y la parsimonia lenta y diferida de la atención primaria y las plantas de hospitalización, mayor será el uso que la población haga de los servicios de urgencias como puerta de entrada -o de contacto- al sistema.

Dice un profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública que *un problema que siempre está presente no es un problema sino una característica*, como tal característica más valdría no proponer acciones simplificadoras (1) (que no simples ni sencillas) y abordar esa característica con la complejidad que merece, actuando a diferentes niveles asistenciales.

(1) El recurso de transferir costes al usuario, bajar los sueldos a los profesionales, disminuir los precios de los medicamentos,..., es recurrente y muy utilizado porque es sencillo de explicar al directivo sanitario de turno (Ana Mato en este caso). Sin embargo, la reformas de los modelos de organización o el trabajo sobre la pertinencia clínica de los actos médicos es más complejo, y por ello suele estar ausente en los debates.

Etiquetas:

[copago](#), [política sanitaria](#), [gestión sanitaria](#)