

El verdadero debate

The True Debate

■ A finales de la década de los años cuarenta, recién acabada la Segunda Guerra Mundial, empezó a cimentarse una nueva forma de hacer medicina, que es la que se práctica hoy. Hace sólo 50 años, la clínica se nucleaba alrededor de los *cuidados* a los pacientes, ya que, sólo en ocasiones, era posible lograr *curaciones*. Dicho de otra forma, la terapéutica paliativa era la gran aliada del médico. Pero con la aparición, por aquel entonces, de los primeros antibióticos, listos para su uso en la clínica (la penicilina y la estreptomycin), se logró, por ejemplo, que una vieja y proterva plaga como era la tuberculosis (la "peste blanca") tuviera, al fin, cura. Hazaña con la que se dio el primer paso por un camino que abocaría a un nuevo paradigma, que es en el que estamos instalados hoy. Puede ayudar a entender mejor esta sumaria exposición, la ilustración de la portada del número de JAMA correspondiente al pasado ocho de junio y la luminosa reflexión que sobre ella se recoge en su interior (véase el último artículo de nuestra sección "Doce artículos para recordar").

Sin embargo, en mi opinión, el gran cambio de la medicina del último medio siglo no sólo ha radicado en su nueva capacidad curadora, aun siendo esto muy importante y provechoso para la sociedad, sino en su paulatina y sutil transformación —de la que apenas somos conscientes— en un *bien de consumo*, con el que se pretende alcanzar el bienestar y la felicidad. Gran parte de los problemas humanos (algunos ni siquiera son tales, sino singularidades de nuestra especie) han terminado por caer en el dominio de la medicina. No porque la profesión médica lo haya dispuesto así, como venía ocurriendo tradicionalmente, sino porque el usuario, la sociedad, está determinando qué necesidades deben ser resueltas por la medicina y su impresionante aparato tecnológico. Ahí, precisamente, es donde siempre he visto una debilidad en los argumentos de Iván Illich: no son los médicos los que están arbitrando qué es enfermedad o qué es salud; más bien lo está decretando la sociedad. Es decir, no es la medicina la que medicaliza a los individuos, sino que es la sociedad la que se está medicalizando. Hoy son los usuarios los que toman la decisión de acudir al sistema sanitario con un problema que han juzgado como médico. Harina de otro costal es la respuesta que, por los motivos que sea, el sistema pueda o quiera darles. Nuestros mayores, por ejemplo, ya no son individuos corrientes a los que puede sorprender un achaque o una invalidez. Se ha hecho de la vejez un problema médico y, consecuentemente, el envejecimiento se ha transformado en una rama más de la patología como lo pueden ser las enfermedades del corazón o del riñón. (Circunstancia que se acentúa aún más cuando los servicios sociales son deficitarios y las

Administraciones ni proveen las atenciones adecuadas, ni crean el marco para que la sociedad y el mercado actúen.)

Cada vez que aparece una nueva tecnología médica o un nuevo servicio sanitario el patrón se repite. Se crea toda una cultura a su alrededor: la cultura del medicamento, de la prueba complementaria, de acudir a urgencias con justificación o sin ella, o la cultura de la intervención quirúrgica. Además, en nuestro caso, se suma la cultura del gratis total. Y, por si esto fuera poco, ahora, tenemos a la "medicina regenerativa" y la "medicina personalizada" llamando a la puerta y no acuden precisamente en socorro de las exangües arcas de la sanidad pública. A poco que estemos ojo avizor nos damos cuenta de que a cada instante se le da una inaprensible vuelta a la tuerca. Hasta el punto de que la medicina —aunque no vamos a hablar aquí de ello— puede que esté asumiendo tareas que, al menos en apariencia, se contradicen con sus fines. Me refiero, y echo mano de un ejemplo algo extremo, a cuestiones (ya presentes en la prensa general) como la planteada por el bioético de la Universidad de Minnesota, Carl Elliott, en su reciente libro (1), donde aborda el tema del papel que debe jugar la medicina para dar una solución quirúrgica a los casos de apotemnofilia (atracción por el hecho de ser amputado quirúrgicamente).

Desde hace varias décadas y con independencia de sus particularidades, los sistemas nacionales de salud de los países desarrollados se han visto sojuzgados por tres hechos: un espectacular avance de la ciencia y la tecnología médica que parece no tener fin; un incumplimiento sistemático de los presupuestos que le son asignados, y una insatisfacción creciente de los usuarios, empleados y proveedores en relación con las prestaciones y su funcionamiento. Sin duda, el hecho que más preocupa a las autoridades sanitarias y económicas es el segundo: la imposibilidad de conciliar los presupuestos con el gasto sanitario real. Pero este crecimiento desbocado a nadie debería sorprender, porque la salud es concebida por los ciudadanos lisa y llanamente como un bien de consumo. Acaso por este motivo, los pacientes han dejado de llamarse así y, ahora, se denominan usuarios o clientes. La consulta médica se ha trivializado hasta convertirse, en algunos casos, en un lugar donde se retiran recetas para canjearlas por pastillas. Y los médicos no acaban de entender qué se espera exactamente de ellos, a la vez que se consideran devaluados y mal pagados (motivos por lo que no son aliados fáciles para las reformas). Mientras esta concepción no cambie, la creciente demanda de servicios y productos sanitarios seguirá en aumento y dicho aumento deberá, en gran medida, interpretarse en esta clave.

Hace casi tres décadas, Paul Étienne Barral publicó (1977) uno de los primeros manuales sobre economía de la salud (2), donde subrayó que los ya espectaculares crecimientos que venía registrando el gasto sanitario y que preocupaban a las Administraciones de los países avanzados debían juzgarse de acuerdo con las tres leyes enunciadas, en 1857, por el estadístico sajón Ernst Engel (1821-1896), al que no hay que confundir con Friederich Engels, colaborador de Karl Marx. Las leyes son estas:

- *Primera ley.* La parte de los gastos del presupuesto familiar dedicados a alimentos disminuye según aumentan los ingresos. Según Barral, los gastos alimentarios representaban

en Francia, en 1950, el 46,2% del presupuesto familiar, en 1970 el 27,6% y se esperaba que en 1985 se redujesen al 16,7%.

- *Segunda ley.* Los gastos destinados a vivienda y vestimenta tienden a permanecer estables, aun cuando los ingresos aumenten. En Francia, según Barral, en 1950 representaban el 27,1% del presupuesto familiar, en 1960 el 29,4%, el 31% en 1970 y 1975, y se esperaba que para el año 1985 representasen una cifra similar, un 30%.
- *Tercera ley.* La parte del presupuesto familiar destinada a bienes de consumo (higiene, salud, cultura, enseñanza, vacaciones, transporte, telecomunicaciones, seguros, etcétera) crece conforme lo hacen los ingresos. Dichos gastos, en Francia, pasaron de representar el 26,7% del presupuesto familiar en 1950, al 34,5% en 1960, el 41,1% en 1970, el 43,2% en 1975, y para 1985 se esperaba que llegasen al 52,8%.

El hecho de que la salud, como vengo argumentando, se haya convertido en un bien de consumo y, por ende, su desenvolvimiento económico esté sujeto a la tercera ley de Engel, explica muy bien por qué los presupuestos se han hecho incontrollables, especialmente en los países con rentas más altas. Nuevamente, las cifras que aporta Barrel así lo atestiguan: el porcentaje de la renta familiar francesa dedicada a sanidad (excluidos los gastos en higiene) representaba en 1950 el 4,2%; en 1955 el 5,6%; en 1960 el 6,4%; en 1990 el 9,9%, y se preveía que llegase al 12% en 1980.

Se mire por donde se quiera, el aumento del gasto sanitario y de la utilización de los servicios sanitarios parece no tener fin. En España, por ejemplo, la tasa de frecuentación hospitalaria entre 1986 y 1998 creció un 27,2%. En este último año los hospitales españoles dieron 4,4 millones de altas frente a los 3,4 millones que habían dado en 1986. De esto es, entre otras cosas, de lo que nos habla Martine M. Bellanger, docente e investigadora de la Escuela nacional de sanidad de Francia, en el artículo que ha preparado para el presente número: de las dificultades del Gobierno francés para disciplinar los presupuestos sanitarios y de las nuevas disposiciones introducidas para lograr tal fin, y que pasan por: 1) un aumento del copago del usuario, al igual que ocurrió en Alemania el año pasado; 2) la introducción este mes de julio de la figura del "médico de cabecera", al que se le asigna un cometido parecido al que tiene el *gate keeper* del sistema inglés; 3) un paquete de medidas destinadas a disminuir el consumo de medicamentos, y 4) diversas acciones encaminadas a optimizar el conjunto de los recursos sanitarios del país mediante una mejor coordinación entre el sector ambulatorio y el hospitalario, el sector público y el privado y el sector sanitario y el social. Como ha recogido la prensa en los últimos meses, dichas medidas no han gozado de ninguna estima popular.

En España, claro está, las cosas son distintas y puede ser que más sencillas. Nuestra incapacidad para cuadrar los presupuestos sanitarios radica, parece ser que exclusivamente, en el excesivo gasto farmacéutico. Y, quizá por eso, desde los tiempos de la ministra Amador, legislatura tras legislatura, todos los martillazos han ido a parar al mismo clavo: recortar el precio de los medicamentos, decretar "medicamentazos", poner "visados" a algunas prescripciones

(decisión de escasa trascendencia económica pero de enorme molestia para algunos grupos de pacientes) o firmar pactos a regañadientes con la patronal farmacéutica para contener sus ventas. Y, así, hemos logrado confundir la parte con el todo. Dicho con otras palabras, a lo largo de los últimos tres lustros, las medidas encaminadas a contener el creciente gasto sanitario han estado dirigidas únicamente a frenar el consumo farmacéutico y, además, sólo desde la orilla de la oferta. Nunca ha habido disposiciones que incidan sobre la demanda. Tal vez se ha trabajado con el supuesto de que en nuestro caso, no así en los países de nuestro entorno, el funcionamiento y la coordinación de los servicios sanitarios, y la utilización que los ciudadanos hacen de ellos son ejemplares y, por ende, nada hay que corregir. Eso sí, el pasado mes de septiembre se volvió a constatar —con gran alboroto político y enorme despliegue mediático— que el gasto de la sanidad está poniendo las finanzas de todas las CCAA al borde del colapso. Pero obtenidas las oportunas transferencias dinerarias del Estado, decretados los "céntimos sanitarios" y superados los acostumbrados ataques de celos entre comunidades, parece que a nadie le importe el porqué de esta situación. Ni las cosas más chocantes son objeto de análisis; por ejemplo, que el copago en medicamentos en nuestro país represente menos de la décima parte de lo que se gasta en tabaco, o que dicho copago no dependa del nivel de renta, sino del hecho de ser o no pensionista.

Pero es que al chivo expiatorio de nuestro gasto sanitario (que no digo que no tenga pecados por los que penar) aún le queda cuerda para subir al sacrificadero alguna vez más. El enfrentamiento de la Administración con las poderosísimas multinacionales farmacéuticas, como sola medida de contención del gasto sanitario, en cambio, sí goza de la estima general. Por este camino, lo único que se logra es gastar tiempo y oportunidades aparentando que se hace, a la vez que se soslaya el verdadero debate.

Como siempre, los que hacemos esta *Revista de Humanidades* deseamos que los contenidos recogidos en este nuevo número sean de interés general. Agradecemos a los lectores sus comentarios y a nuestros benefactores (Fundación Sanitas y Fundación Pfizer) el apoyo incondicional con que nos obsequian. Hasta el próximo mes de junio.

José Luis Puerta
(rhum@Arsxxi.com)

Bibliografía

1. Elliot C. *Better Than Well: American Medicine Meets the American Dream*. Nueva York: W.W. Norton. 2003, pp. 208 y ss.
2. Barral E. *Économie de la santé: faits et chiffres*. Paris: Bordas Dunod. 1977, pp. 49-56.