

# ECONOMIA Y ETICA EN EL DESARROLLO DEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 2, 1997/ 66-71

Adriano Bompiani\*

A lo largo de este artículo, me referiré de forma predominante a la experiencia italiana, que, por lo demás, es semejante en muchos aspectos a la de otros países occidentales industrialmente avanzados, sobre todo europeos.

También en Italia los notables cambios demográficos y epidemiológicos acontecidos en los últimos 50 años (p. ej., aumento del envejecimiento de la población; reducción de las patologías infecciosas; aumento de las enfermedades degenerativas, etc.), asociados con relevantes fenómenos sociales (p. ej., disminución voluntaria de la fertilidad, progresivo aumento del trabajo de la mujer fuera de casa, etc.), a los cuales corresponden la mayor capacidad de tratamiento de las enfermedades crónicas, el desarrollo incesante de la tecnología y la creciente exigencia de "disfrute de la salud" como derecho del individuo, han llevado a concebir nuevos ordenamientos de los sistemas sanitarios.

Por lo demás, también en Italia ha entrado en crisis el sistema de las seguridades sociales (según el modelo de Estado asistencial, o *Welfare State*) creado a partir de los años 50, cuyas necesidades de financiación han crecido mucho más rápidamente que el índice de incremento del producto industrial bruto y que la aportación que es posible conseguir mediante la recaudación fiscal.

Finalmente, también en Italia, como en otros países comunitarios, se va afirmando con dificultad la *estrategia de promoción de la salud* basada

en elementos preventivos, esto es, en el diagnóstico (y neutralización) precoz de los factores orgánicos, psicológicos y sociales capaces de producir patologías, estrategia fundada, no sólo en la intervención de los técnicos, sino en actuaciones en las que participan las colectividades, y en el desarrollo de la asistencia primaria.

Pese a estas dificultades, es indudable que el desarrollo del derecho a la asistencia sanitaria para toda la población, tal y como está sancionado en Italia, y una mayor sensibilidad hacia los llamados "derechos sociales de ciudadanía", han llevado a otorgar un relieve ético particular a este sector, en el cual se expresa sobre todo el *principio de justicia*, traducido en la práctica por el principio de *equidad*.

Y sobre las relaciones entre principio de equidad y economía sanitaria querría detenerme en esta exposición.

## LA INSPIRACION SOLIDARIA Y EL CONCEPTO DE EQUIDAD EN LA POLITICA SANITARIA

Nuestro país, con la Constitución de 1948 y sobre todo con la reforma sanitaria de 1978, se orientó hacia la consecución de niveles asistenciales que estuvieran garantizados independientemente de la fuerza contractual de las distintas categorías o de la riqueza de las personas interesadas.

---

\* Bioeticista. Italia.

Artículo publicado en "Concilium", abril 1997, Editorial Verbo Divino, España.

En 1978 fue sancionado el principio de paridad de acceso de todo ciudadano italiano al servicio sanitario: fue ésta la afirmación de la llamada *equidad formal*. Se debe destacar, sin embargo, que todavía se está lejos de alcanzar metas de equidad sustancial a la hora de satisfacer las necesidades sanitarias.

En 1985, la misma OMS afirmaba que las desigualdades en la salud, constatadas todavía ampliamente en los países europeos, debían ser reducidas al menos en un 25%, antes de finales de siglo; sin embargo, es preciso advertir que también dentro de un mismo país se encuentran *factores de desigualdad* que es necesario y posible eliminar.

En Italia —como en otros Estados occidentales— las investigaciones epidemiológicas ponen de manifiesto una relación positiva entre morbilidad/mortalidad y bajo nivel socioeconómico para algunas patologías (p. ej., tumores) y en la receptividad a la exposición a factores de riesgo conocidos (tabaco, alcohol, etc.), además de factores de riesgo profesional.

Importantes correlaciones con las diferencias sociales —en las que se incluye el grado de instrucción— se encuentran en el acceso y uso de los programas de tutela materno-infantil; de diagnóstico precoz de tumores femeninos; en el recurso a la medicina especializada; en los equilibrios alimentarios y en la exposición a otros factores de riesgo definidos como “*susceptibles de prevención*” (o “*evitables*”). La posible prevención consiste tanto en la eliminación de factores de riesgo conocidos (p. ej., alimentación inadecuada, vivienda malsana, condiciones de trabajo con riesgo de aparición de enfermedades profesionales, etc.) como en la corrección de estilos de vida y de comportamientos individuales de riesgo (tabaco, alcohol, drogas), adoptando —por el contrario— estilos que promueven la salud: ejercicio físico en el tiempo libre, higiene dental, comportamientos coherentes con la seguridad vial para la prevención de accidentes y, finalmente, chequeos periódicos para el diagnóstico precoz. Estos datos generales, ya bien conocidos, no deben permanecer “estériles” y confinados a un conocimiento convertido en un fin en sí mismo.

En el plano epidemiológico, será necesario en los próximos años profundizar los estudios estadísticos de riesgo en función de grupos de población más homogénea para territorios más definidos, y *promover vastas campañas “educativas” (más que informativas) para la población interesada*. Además será indispensable hacer *interaccionar las políticas sociales y económicas de me-*

*joramiento de las condiciones de vida con las políticas sanitarias en el plano de los sujetos y grupos de riesgo.*

No se podrá registrar ningún progreso real en el cuidado de la salud si no hay un compromiso mayor, también económico, en el ámbito de la asistencia social: la cuestión es particularmente urgente en el sector de la población anciana.

## FACTORES DE EQUIDAD EN LA ORGANIZACION GENERAL DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Parece oportuno subrayar algunos aspectos que el concepto de equidad reviste para el mejor “rendimiento” de la organización sanitaria en los años venideros.

Los fines que se quieren alcanzar adoptando en el sector sanitario el concepto de equidad derivan de las teorías de justicia social que prevén —en principio— una distribución proporcional a la necesidad por lo que respecta a la oferta; lo que comporta también el derecho a igual tratamiento para igual necesidad. En la sanidad, la adopción de este concepto de “equidad” está sometido intuitivamente al límite de los recursos disponibles; pero es preciso profundizar los mecanismos con los cuales la *equidad* se convierte en criterio para expresar también el concepto de *solidaridad*. El “contractualismo”, ya fuertemente enraizado en toda la sociedad, lleva hoy a valorizar el papel de mera garantía del Estado, respecto al de directa “protección paterna” de los ciudadanos, predominante en los años 50, papel que se ha hecho manifiestamente insuficiente en los resultados y “embarazoso” por la burocracia que lleva consigo.

Es, por tanto, esencial que el Estado defina de manera concreta las garantías de que gozan los ciudadanos (qué prestaciones susceptibles de distribución corresponden a los derechos, etc.), superando estériles, genéricas y a menudo irrealizables declaraciones de principios. Casi de forma fatal, esto lleva a establecer el “mínimo” debido a todos, y ello no puede dejar de suscitar malos humores, ataques a los dirigentes políticos, “titubeos” de éstos.

Las aspiraciones del individuo, y su libertad de elección respecto a la oferta de servicios, etc., deben ser ciertamente favorecidas, pero en un conjunto que tenga en cuenta las exigencias generales y el equilibrio entre derechos y deberes de la ciudadanía, cosa que el concepto de “libre mercado” en sanidad no consigue expresar.

Existen, en efecto, exigencias de reequilibrio sanitario a favor de grupos sociales débiles o de regiones italianas "pobres", exigencias que se deben situar en el contexto del derecho individual a la igual oportunidad de atención.

Puestas estas premisas, parece oportuno profundizar, a la luz de los principios de equidad, en los problemas de consecución de los recursos que se han de destinar a la asistencia sanitaria, la distribución de dichos recursos y las modalidades necesarias para conseguir eficacia/eficiencia en el gasto sanitario.

## LA CONSECUION DE LOS RECURSOS PARA LA SANIDAD EN LOS PAISES EUROPEOS Y EN ITALIA

Más en general, en todos los países occidentales el problema de la equidad en la asignación de recursos a la sanidad se estudia dentro del contexto del "*Sistema de protección social*" globalmente considerado, cuya variación de "necesidades" aparece en continuo crecimiento.

Es un problema bioético todavía no del todo resuelto el de determinar parámetros que valgan para establecer de forma taxativa el justo reparto global de los recursos a los diversos sectores de la vida nacional; sin embargo, es cierto que tal decisión debe tomarse sobre la base de un sistema objetivo y confirmado por un estudio estadístico de las necesidades en los diversos sectores, de modo que se eviten asignaciones desiguales y puntos de perturbación de la vida económica del país, y —por el contrario— se favorezca la consecución gradual y correcta de objetivos sociales de equidad sustancial.

En los Estados donde se han promovido políticas de *welfare*, todos los ciudadanos deben contribuir a los gastos de la asistencia sanitaria de acuerdo con sus propios medios, según la óptica de un principio general de solidaridad (la sanidad pagada por los sanos, y no por los enfermos).

Esta exigencia —generalizada en todos los países europeos— se traduce en tres posibles modalidades de financiación de los sistemas sanitarios: a) impuestos sobre la renta; b) aportaciones sociales obligatorias para el fondo de enfermedad; c) cuota para las prestaciones singulares. La aseguración privada —en Europa— es sustancialmente una modalidad complementaria.

Los países europeos se caracterizan, a este respecto, por una mezcla muy diferente de un país a otro. El "sistema" italiano, en la actualidad, prevé

sacar el 42% de los ingresos fiscales, el 38% aproximadamente de los ingresos de previsión social y el 20% de las cuotas (que en Portugal alcanzan valores que superan el 30%).

Este "sistema" mixto —fruto de la búsqueda de un equilibrio largamente procurado y en el cual ha sido relevante la conflictividad política— hasta ahora ha parecido también el más idóneo en la situación italiana; por otro lado, es verdad que algunos países han "apostado" por tasas más elevadas de fiscalización (p. ej., Suecia, Reino Unido y Dinamarca), mientras otros (p. ej., Francia) defienden el principio de una retirada mayor de dinero del sector de las cargas sociales.

Las "cuotas" están siempre presentes en los diversos países europeos, en una medida no inferior al 10% de los ingresos, y, pese a las muchas reservas que suscitan, se mantienen por el carácter disuasorio que ejercen sobre el derroche farmacéutico.

## LA DISTRIBUCION INTERREGIONAL DE LOS RECURSOS EN EL CASO ITALIANO Y LA PROPUESTA DEL LLAMADO "FEDERALISMO FISCAL" EN SANIDAD

Debemos considerar ahora otro problema que —al menos en Italia— se plantea con fuerza: la reivindicación de las diversas poblaciones (comunidades) locales de definir ellas mismas el importe de las cantidades de recursos retiradas y las partes alícuotas que se han de destinar a la sanidad.

Se discute, actualmente, si a la economía general de la gestión del Servicio Sanitario Nacional le sería útil un ulterior "impulso" hacia la regionalización, a través de la realización de un *sistema sanitario federalista basado en la llamada "federación fiscal"*.

La institución del *Fondo Sanitario Interregional*, que calcula las necesidades sobre la base de una *cuota per cápita uniforme* por habitante en cada región —cuya transferencia inmediata por parte del Estado recaudador queda asegurada— ha producido, al menos en el plano teórico, una "igualdad de oportunidades" para el tratamiento sanitario de cada ciudadano.

Sin embargo, resulta evidente que de ese modo se verifican notables transferencias de recursos de algunas de las regiones del norte a las regiones del sur, estimados en 8,3 billones de liras al año; en efecto, las partes alícuotas que se pueden cobrar para las necesidades del Servicio Sanitario Nacional a escala regional son del 58% en Campania y Calabria, contra el 121% en Lombar-

día y el 113% en el Piemonte. Ello ha provocado en las regiones septentrionales resentimientos manifiestos también en el plano político. De ahí deriva la propuesta de que cada región provea a procurarse los medios que desea sean destinados a la sanidad.

La cuestión resulta controvertida desde la perspectiva de la equidad; en todo caso, aun cuando se mantuviese el actual criterio de formación del fondo, se debe considerar que la distribución según una *cuota per cápita uniforme* no responde a los principios de equidad sustancial, si se considera el diferente contexto demográfico de las regiones. Se deberá corregir la asignación según el criterio de las *partes alícuotas ponderadas*, en relación con las características de la población residente.

#### EL USO DE LOS RECURSOS SANITARIOS Y LA RACIONALIDAD ECONOMICA EN EL GASTO

Es sobre todo en el ámbito del gasto donde se centra la polémica general y se debate el destino de la sanidad en los diversos países europeos.

Puesto que el gasto es juzgado excesivo en todas partes, en estos últimos años se han adoptado no sólo medidas de mera reducción de las asignaciones, sino intentos más o menos logrados de reducción del gasto y de calificación del mismo en el plano de las "actuaciones asistenciales" concretas.

De todos modos, se debe insistir en que Italia se sitúa en torno al valor medio alto de los gastos sanitarios de los diversos países europeos (en torno al 8,5% del PIB). En mi opinión, no cabe hacer hipótesis sobre ulteriores reducciones en la asignación de los recursos en el reparto sanitario; al contrario, se deben hacer todos los esfuerzos posibles por mejorar el rendimiento de los recursos. En otras palabras, *es preciso gastar mejor*. Esta es una opinión generalizada, tanto entre los economistas como entre los médicos más concienciados y la opinión pública.

Y esto nos lleva a considerar, brevemente, dos criterios que deberían asegurar un mejor uso de los recursos: el binomio mercado/programación; y la "transformación en empresas" de las mayores estructuras sanitarias.

#### ALGUNAS PRECISIONES SOBRE EL BINOMIO MERCADO/PROGRAMACION

Como es sabido, en Italia, lo mismo que antes en otros países, se ha puesto en marcha a partir del 1 de enero de 1995 un sistema contable que deberá permitir la introducción del llamado *mercado interno programado*, es decir, una oferta de atenciones por parte de diversas estructuras sanitarias, pero con precios (reembolsos) fijados por el Estado (a criterio de los DRG o ROD).

Este criterio no corresponde a lo que los economistas definen en sentido técnico como "mercado", puesto que falta el primer requisito indispensable para que se dé una situación de verdadera competencia: la pluralidad de productores y de compradores, siendo todavía la gran mayoría de las instalaciones hospitalarias (productoras de servicios) establecimientos de la misma empresa que compra tales servicios (la Unidad Sanitaria Local).

El experimento está en marcha, pero los resultados del primer año demuestran que las tarifas fijadas para los reembolsos no siempre cubren los gastos fijos de gestión; y *esto penaliza particularmente las prestaciones de las policlínicas universitarias y de los institutos de convalecencia y atención con carácter científico, y a algunos sectores asistenciales particulares (p. ej., la pediatría)*, que también desde la perspectiva económica se diferencian de los hospitales locales gestionados por las USL. Se hacen necesarias medidas correctivas urgentes y drásticas.

Se debe precisar que se ha de promover también el proceso de "transformación en empresas" de las estructuras sanitarias (hospitales de mayor importancia, policlínicos universitarios e institutos de convalecencia y atención con carácter científico, y USL), pero dicho proceso no se debe mitificar, atribuyéndole efectos inmediatos y de excepcional eficacia.

El principio de la transformación en empresa no es un proceso de fácil comprensión y aún debe *madurar* en la conciencia, no sólo de los operadores (médicos y enfermeras en particular), sino también de los administradores.

#### LAS CUESTIONES BIOETICAS Y LOS ASPECTOS ECONOMICOS DE LAS ACTUACIONES ASISTENCIALES Y TERAPEUTICAS CONCRETAS

Hasta aquí, hemos examinado problemas que se pueden definir como de distribución global de

recursos, sea con respecto al “balance sanitario”, sea en relación con el reparto entre grandes unidades territoriales (regiones) de los recursos en sí.

Pero es necesario considerar también las cuestiones que surgen —en el plano económico— más allá de esta dimensión, siendo bien sabido que el gasto sanitario está determinado por una multitud de actuaciones más o menos relevantes económicamente, realizadas en el plano de la relación médico-paciente. Por tanto, se plantea la necesidad de analizar los procesos de distribución puntual de los recursos en el plano de las *decisiones clínicas*, y esto nos lleva a debatir *quién* de los diversos pacientes, y en *qué medida*, tiene derecho a recibir asistencia y tratamiento específicos.

Este planteamiento —resulta evidente— provoca discriminaciones, que, superado cierto límite, ya no se pueden reconducir al principio de equidad, y se convierten en *injustas*. En el plano doctrinal, este problema, que domina la reflexión bioética actual, se discute a partir de planteamientos diversos: utilitarista, individualista-libertario, igualitarista y, finalmente, personalista.

El utilitarismo social propone como criterio ético para la distribución de los recursos el cálculo de costos/beneficios (*cost/benefit analysis*) encaminado a la utilidad colectiva. En otras palabras, los costos que la sociedad soporta en el ámbito sanitario se deberían ponderar junto con los beneficios realizables que reportan a la misma sociedad en su conjunto y no al individuo aislado. El objetivo es la potenciación al máximo del “bienestar” para el mayor número de individuos.

Es evidente que, en sus expresiones más extremas, el utilitarismo corre el riesgo, por un lado, de sacrificar el beneficio de algunos individuos mirando a la utilidad social y, por otro, de subrayar en la calidad de vida la productividad, llegando a proponer la eliminación de inversiones para la atención de pacientes “improductivos” irrecuperables como fuerza laboral, por tanto inútiles (p. ej., enfermos oncológicos terminales, descerebrados, etc.).

La teoría individualista-libertaria, según la concepción de Nozick, pone el acento en la justicia interpretándola como reconocimiento de los derechos y de las libertades del individuo. En la distribución de los recursos sanitarios, tal perspectiva aplica la regla del mercado libre (*free market rule*): se exalta la “capacidad de pagar” antes que la utilidad social y el interés público. El papel del Estado en tal contexto es mínimo: el Estado se limita a garantizar los derechos y la libertad de los individuos.

Es evidente que el individualismo, al insistir en la autonomía del individuo, corre el riesgo de perder de vista el bien común y el papel del Estado.

La teoría igualitaria sostiene que la distribución de la atención sanitaria debe ser igual para todos. Cualquier desviación de la igualdad absoluta en su distribución es injusta, y la escasez de los recursos no justifica las diferencias a la hora de distribuirlos.

El igualitarismo, en su intento de garantizar a todos un mínimo de atención, de cantidad y de calidad de vida, no considera las exigencias singulares de las personas en el contexto social, en caso de que se requieran prestaciones por encima del mínimo garantizado.

La bioética personalista, finalmente —poniendo en el centro de la reflexión el valor prioritario de la persona—, propone una coordinación de medios y de recursos y una programación sanitaria basada en el principio de dimensión social y de subsidiariedad. En este caso, los criterios que se han de aplicar a la selección de prioridades entre pacientes son la urgencia, la proporcionalidad del tratamiento y la selección al azar. La urgencia médica es el primer criterio básico que se ha de dar al tratamiento médico-quirúrgico. El segundo es la “proporcionalidad terapéutica”, en el cual se incluye el principio inviolable del uso de tratamientos científicamente eficaces según “líneas directrices”, o protocolos validados por la experiencia. El parámetro de la prioridad en la lista de espera (o selección al azar) se debe tener en cuenta cuando exista paridad de urgencia entre pacientes diversos.

Creo que la línea “bioética personalista” es la que más sirve de apoyo a la ética médica tradicional, aun cuando requiere un trabajo de interpretación de los “parámetros económicos” en cada caso y una gran responsabilidad de todo operador sanitario en la gestión de los recursos comunes.

Es en el desarrollo del concepto de “proporcionalidad terapéutica”, evitando por un lado excesos de atención, y por otro carencias asistenciales, donde deberá realizarse en los próximos años una gran tarea educativa, tanto de los sanitarios como de los pacientes.

## CONCLUSIONES

Las consideraciones expuestas no constituyen ciertamente un análisis “exhaustivo” de la compleja serie de relaciones entre el derecho a la tutela de la salud y la equidad sustancial en el disfrute de los servicios sanitarios.

La exigencia de profundizar este argumento es evidente, y en realidad en todos los países industrializados se discute sobre ello apasionadamente.

Este es un capítulo de esa "ética social" que ha pasado con gran fuerza a primer plano en estos últimos tiempos. El debate, que es típicamente "bioético" (dada su relevancia desde el punto de vista de su repercusión sobre la salud), representa

ya desde ahora, y lo será aún más en Italia en un futuro inmediato, una ocasión para verificar el grado real de maduración en la conciencia popular del principio de solidaridad, asentado como base de nuestra Constitución y de muchas otras en Europa.

(Traducido del italiano por José Pedro Tosaus Abadía).