

LA SALUD SI TIENE PRECIO

Si en una peligrosa curva de carretera se producen cada año tres accidentes mortales y las obras necesarias para la desaparición del riesgo cuestan dos millones de pesetas, una sencilla operación aritmética permite calcular el precio de la vida humana que la colectividad, representada en este caso por el Estado, no está dispuesta a pagar. Si en una fábrica de productos explosivos se producen de vez en cuando accidentes mortales que seguramente podrían evitarse mediante la adopción de medidas de seguridad más estrictas, también es fácil calcular el coste de la vida de un trabajador que la empresa en cuestión no está dispuesta a sufragar.

Lo terrible del caso es que esos precios de la vida humana varían enormemente en función del país y de las clases sociales. Si en un determinado país, como sucede casi siempre, las clases económicamente favorecidas disponen de mejores medios asistenciales que el resto de la población, ello significa claramente que la colectividad —o, mejor dicho, la estructura que la encuadra— considera que vale más la salud de un rico que la de un pobre.

Dolorosas decisiones

El avance técnico de la Medicina plantea en ese terreno problemas de una complejidad sin límites. Veamos un ejemplo: Cada año mueren en España unos 7.000 urémicos (enfermos en la fase final de una insuficiencia renal) y se salvan unos 600 gracias a la aplicación del riñón artificial, costoso aparato que elimina en la sangre del paciente la urea en exceso que contiene; en potencia, se podrían salvar muchos más, y bastaría para ello con aumentar el número de riñones artificiales utilizables en el hospital o en el domicilio del paciente.

Supongamos que de los 7.000 urémicos muertos sólo la mitad estén irremediablemente perdidos; ello significa que se podría salvar de la muerte a 3.500 personas. Pero al año siguiente habría de nuevo 7.000 urémicos «candidatos a la muerte», que vendrían a sumarse a los 3.500 supervivien-

tes del año anterior, que, evidentemente, seguirían necesitando su riñón artificial. Entre los 7.000 nuevos se salvaría a 3.500, lo que significa que al año siguiente habría que duplicar el número de riñones artificiales disponibles. En unos años, la población de urémicos supervivientes alcanzaría cifras muy altas, y gran parte del presupuesto sanitario del país estaría consagrado a la fabrica-

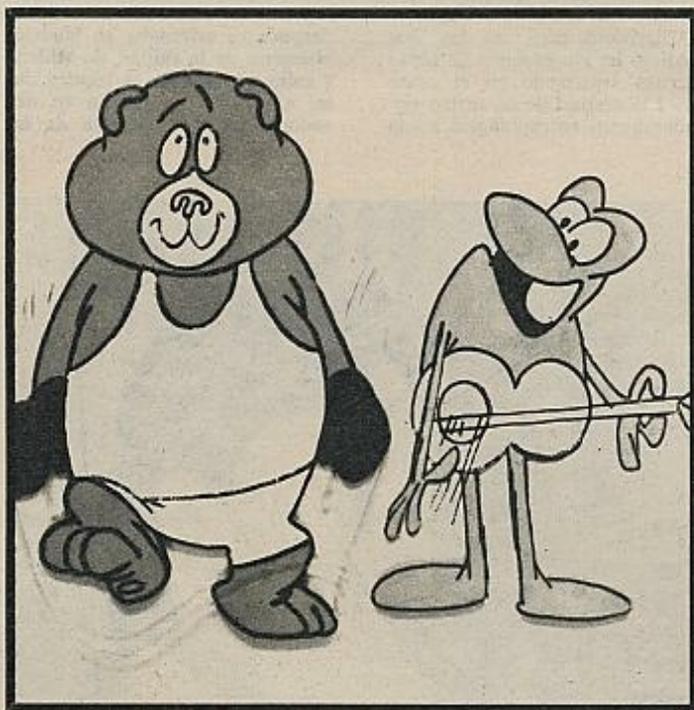
cionar un constante retroceso de los límites de la muerte, la Medicina «fabrica» supervivientes que debe seguir tratando, planteándose así la situación siguiente: Los médicos se ven fatalmente obligados a elegir, por una parte, entre personas vivientes y supervivientes, y, por otra parte, entre los propios supervivientes. Ni por un momento puede dudarse de que la elección para el médico es

de seguridad en los automovilistas o del casco en los motoristas, a impedir que se conduzca en estado de alcoholismo agudo, a la lucha contra la sífilis y a la prevención del cáncer de cabeza y cuello. Puede deducirse de esos cálculos que el coste de cada defunción evitada por los cinturones de seguridad era de 87 dólares, mientras que ascendía a 29.000 dólares en el caso de la campaña de lucha contra el cáncer de cabeza y cuello.

Se plantea así el delicado problema de las prioridades: ¿Deben luchar las administraciones sanitarias en todos los frentes? ¿Han de conceder igual valor a todas las vidas humanas, aunque haya enormes diferencias en el precio que se ha de pagar por salvarlas? Creemos que ha de contestarse a las dos preguntas con una rotunda afirmación, y que el cuidado de la salud de los ciudadanos ha de ser la primera preocupación de todo Estado que se precie de concederles la atención que merecen.

Lo que importa es evitar que la sociedad, y sobre todo el médico, se encuentre en la dura obligación de elegir, pues en la vida de una colectividad, siempre que faltan los criterios objetivos para guiar una elección, lo que decide no es el puro azar, sino la influencia de los individuos o de los grupos de presión; en definitiva, el dinero. Por paradójico que parezca, el progreso médico hará que esa influencia sea cada día más manifiesta e intolerable.

Los problemas de las relaciones dinero-salud no sólo se plantean a nivel de las personas, sino también de las naciones, como señalaba recientemente el doctor Halfdan Mahler, director general de la OMS: «Como ejemplo de la terrible desigualdad con la que están distribuidos los medios de bienestar en la nave espacial "Tierra", puede citarse el hecho de que los países industrializados invierten 500 veces más por habitante en el fomento de la salud que los países pobres, que, sin embargo, están mucho más necesitados de esas inversiones a causa del poderoso efecto que una población sana ejerce sobre el desarrollo económico y social». ■
Dr. J. A. VALTUENA.



Escena de la película «El loco de la droga», producida por la OMS para las campañas de información sobre la droga, indispensables desde el punto de vista médico y social, pero poco rentables desde un punto de vista estrictamente económico. (Fotografía: OMS.)

ción y mantenimiento de riñones artificiales.

Pero tengamos en cuenta que el progreso de la Medicina es incansante y que en el período considerado podría suceder que se consiguiera salvar a más de la mitad de los urémicos en peligro.

Aquí se plantea el terrible problema: la limitación de los recursos obliga a dejar morir una parte de los urémicos. Sin embargo, ¿qué moral puede justificar esa elección? ¿Cómo han de elegirse los posibles supervivientes? ¿Quién va a seleccionarlos y con qué criterios?

Puede afirmarse que al pro-

ceso muy doloroso, que procura eludir en todo lo posible, dejando a la sociedad que ejerza esa función. Lo triste es que la sociedad no sigue un criterio muy igualitario, sino que escoge a los enfermos que se han de salvar guiándose ante todo por factores económicos o afines.

El problema de las prioridades

En los Estados Unidos se calculó en el período 1968-72 el coste de campañas educativas tan variadas como las destinadas a difundir el uso de los cinturones