

Editorial

Problemática de la medicina intensiva

R. Abizanda Campos,
J.M. Abadal Centellas

Recientemente estamos demasiado acostumbrados a oír aquello de que la «salud no tiene precio, pero sí tiene un coste».

Esta innegable verdad ha hecho cierto lo de que las cañas se vuelven lanzas, y en nombre de tal razonamiento se intenta limitar la inversión de fondos en recursos sanitarios, olvidando con frecuencia que este tipo de racionalización primaria del binomio coste/resultados es completamente contraria a la más acertada racionalización secundaria, que intenta establecer una prioridad y optimización de resultados posibles, y sólo a partir de ahí decidir cuál es la inversión más adecuada para conseguir una mayor eficiencia, y si es posible una más alta eficacia.

Hasta aquí el lenguaje técnico, de economista sanitario, mejor o peor digerido por la administración, al que

los médicos de a pie nos hemos visto obligados a acostumbrarnos a incorporarlo a nuestro razonamiento asistencial, perdiendo ligeramente de vista que nuestra principal función es prestar asistencia y que ésta debe ser de la mejor calidad posible; por el contrario, arbitrar cómo conseguir los recursos para ejercer esta función asistencial no es responsabilidad nuestra. Nunca debe hacerse al médico cómplice de una política de restricción económica en base a que son sus decisiones las que motivan un crecimiento o, por el contrario, una limitación de los gastos sanitarios.

Por ello, los profesionales nos mostramos estupefactos ante la actitud de limitación de inversión que todos padecemos. Material obsoleto obligado a continuar su función aun a sabiendas de que existen modalidades más versátiles, avanzadas e incluso científicamente adecuadas. Restricción de personal asistencial cualificado o auxiliar, que hace que la labor diaria tenga que realizarse en base a pactismos personales más que en base a la realización de un trabajo bien hecho. Sobrecarga feroz de la presión asistencial sobre unas instalaciones que se han quedado anticuadas, pequeñas y desbordadas. Incapacidad de realizar una función profesional, porque los encargados de cumplirla han de simultanear su función con otra paralela de enfrentamiento innecesario al usuario, que incapaz de deslindar adecuadamente responsabilidades —nadie le ha dicho cómo hacerlo— se enfrenta con aquél al que supone culpable de los déficits que padece.

En el caso de la medicina intensiva, toda esta problemática alcanza un nivel peculiar y de características propias.

La medicina intensiva es una especialidad joven, reconocida legalmente y con entidad académica propia desde 1978. Sin embargo, ya una

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Insalud Son Dureta. Palma de Mallorca

El dr. Abizanda es miembro de la Junta Directiva de la SEMIUC y representa a la misma en una comisión europea encargada de la elaboración de una normativa para el funcionamiento de la medicina intensiva en Europa. El dr. Abadal es también miembro de la SEMIUC.

Las opiniones aquí expresadas representan únicamente el pensamiento personal de los autores y no deben ser identificadas con las propias de la revista ni con las de ninguna de las sociedades mencionadas.

década antes, aparecen en los hospitales de nuestro país las primeras unidades de cuidados intensivos.

Y ello se produce así porque la presión asistencial lo exige. De una forma pragmática, la necesidad de estructurar la asistencia hospitalaria según un esquema de atención progresiva hace necesaria la creación de una posibilidad asistencial que represente el último escalón de ese abanico de prestaciones. Y a partir de ahí primero aparece la exigencia de la posibilidad asistencial, luego la necesidad de dotarla de un personal profesionalmente capacitado y con una formación específica, después la exigencia de una progresiva incorporación tecnológica de novedad desbordante y muy costosa y, finalmente, el imperativo de unos presupuestos de inversión personal, material y tecnológica y de espacio hospitalario que caracterizan a los actuales servicios de medicina intensiva. Y todo ello, ciertamente, tiene su coste; y podrá discutirse si éste es adecuado a los resultados obtenidos o no, pero nunca deberá juzgarse en función de un análisis económico y cuantitativo únicamente.

Y ésta es la situación actual.

En nuestro país, el porcentaje del PIB destinado a inversión en asistencia sanitaria es aún menor que el de los países de nuestro actual entorno político-económico (CEE), y aun a pesar de ello, los médicos nos sentimos agredidos en base a unas restricciones económicas muy importantes y demostrables, destinando grandes cantidades de dinero a problemáticas que, aunque de importancia innegable, poseen una incidencia social mucho menos marcada, al menos en términos absolutos.

Sin embargo, la disyuntiva es sencilla. A nadie se le ocurre dudar de la necesidad de los hospitales; todos comprendemos que éstos no funcionarían bien sin estimular la creación de una primera línea asistencial ope-

rativamente eficaz y que ésta no será completa sin una adecuada educación poblacional en temas sanitarios y de medio ambiente.

Pero mientras tanto, la patología aguda seguirá existiendo, los servicios de urgencias seguirán siendo necesarios y los de medicina intensiva serán imprescindibles dentro de un determinado nivel de capacidad asistencial.

Y todo el problema se reduce a eso. Si queremos disponer de la posibilidad asistencial que representan las UCI como etapa final de un programa progresivo de atención al enfermo, hay que decidirlo de forma clara y aceptar las consecuencias de esa decisión.

Si la respuesta es que sí, la traducción es inversión económica. Punto y aparte será, a partir de ese momento, definir cuál debe ser el límite y la indicación de esa capacidad asistencial. Hay que definir qué masas poblacionales son las más susceptibles de beneficiarse de las UCI; cuáles, de las formas de tratamiento que se aplican, son las más adecuadas para esos grupos poblacionales potencialmente beneficiables; y, sobre todo, cómo vamos a definir esos beneficios, en término de supervivencia, de readaptación social o de calidad de vida, en su sentido más amplio. Es decir, si aceptamos realizar la inversión, podemos discutir cómo no desperdiciarla.

Si la respuesta es que no, hemos de ser conscientes de que ello no puede ser expresado de muy diferentes maneras.

¿Quién asumirá la responsabilidad de enfrentarse a la población del país —los electores a fin de cuentas— y decirles que su familiar, o ellos mismos, no van a gozar de la posibilidad de la asistencia que los actuales conocimientos y tecnología le garantizan a causa de un problema puramente de dinero? Tal decisión no sería aceptada en base a criterios de

solidaridad ni siquiera de prioridades. Existe otra forma más solapada de decir que no. La asfixia económica progresiva junto con la desmoralización profesional consecuente.

Y a los «intensivistas» nos preocupa estar ante esta situación.

De ser éste el método escogido, ¿cuál será el siguiente paso? ¿Convertir los hospitales en fantoches de más apariencia que efectividad real? En todo caso, la decisión no deben tomarla los médicos.

La SEMIUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias) y nuestra Sociedad Balear (SBMIUC) están involucradas en la realización de un amplio programa de estudios encaminados a conocer

cuál es la realidad de nuestra especialidad en este país, cuáles son nuestras reales potencialidades, cuáles nuestros resultados y, sobre todo, cómo podemos ejercer un adecuado control de calidad de los mismos. Ejemplo de ello es el reciente número monográfico de la *Revista de Medicina Intensiva* (octubre, 1986) dedicado a conocer la realidad asistencial de las UCI a través de un estudio de ámbito nacional que recoge 3.000 pacientes.

De cualquier manera, este esfuerzo y otros de similares características están condenados al fracaso si el interlocutor necesario no acepta su papel de tal. Y ésa es nuestra actual impresión.