

**LÍMITES ECONÓMICOS DEL DERECHO A LA ASISTENCIA
SANITARIA
STSJ DE GALICIA DE 12 DE ABRIL DE 2013, Nº REC.
4512/2012**

Vicente Lomas Hernández

Doctor en Derecho

Jefe de Servicio de Coordinación Regional de Asesorías Jurídicas

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Paciente diagnosticado de "*hemoglobinuria paroxística nocturna*", que solicita del Servicio Gallego de Salud se autorice la dispensación efectiva del medicamento denominado "*Soliris 300 mg*" habida cuenta de su comprobada eficacia terapéutica respecto de tan rara patología, medicación que le ha sido recomendada, conforme a lo dispuesto en la "*Guía clínica HNP de consenso español para diagnóstico y tratamiento de la hemoglobinuria paroxística nocturna*" elaborado por el grupo de trabajo de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia, por una médico del SNS, facultativo especialista de referencia a nivel nacional.

La Comisión Autonómica Central de Farmacia y Terapéutica no opina lo mismo, y le comunica al paciente que no procede la autorización solicitada ya que no cumplía los criterios establecidos por dicho órgano de asesoramiento para la dispensación de aquél medicamento, cuyo coste por paciente/año asciende a 377.182 €.-

Desde un punto de vista meramente formal, la resolución de la citada comisión incurre en nulidad competencial al apartarse el citado órgano colegiado de su ámbito exclusivo de actuación, a saber, el ámbito de asesoramiento técnico-interno y de elaboración de recomendaciones según lo previsto en su propia norma de creación (Orden de 9 de abril de 2010).

Desde el punto de vista sustantivo estamos ante una clara vulneración del derecho fundamental a la integridad física (art. 15 de la CE), cuya conexión con el art. 43 de la CE (derecho a la protección de la salud) ha sido puesta de manifiesto por nuestros Tribunales en reiteradas ocasiones (ATC de 12 de Diciembre de 2012), así como del derecho a la obtención de medicamentos y productos sanitarios (art. 10.14 de la Ley 14/1986), "*al denegarse de facto a dicho paciente promovente y mediante su injustificada inactividad (de la Administración) al respecto la dispensación de aquél fármaco inclusive médico-oficialmente interesado, en cuanto única opción terapéutico-medicamentosa autorizada y homologada (...) única*

alternativa medicamentosa susceptible de cronificar su rara patología y hacerle llevar una vida prácticamente normal...”

En efecto, la Administración Sanitaria de la Xunta, a partir del empleo de argumentos científicos claramente desfasados y equivocados a tenor de lo dispuesto en la citada Guía Clínica elaborada por la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia, y sin otra aparente motivación que la del “**ahorro**”, prescindió del criterio médico (vulneración del art. 6.2.a) de la LOPS) en un caso en el que el único medicamento con eficacia terapéutica probada, y sin alternativa farmacológica en el mercado, era el solicitado por el recurrente.

Por todo ello la Sala considera que la inactividad prestacional institucional-sanitaria consistente en la no dispensación efectiva del medicamento denominado “*Soliris 300 mg*” incurre en vicio de nulidad de pleno derecho, y condena al Servicio de Salud a que proceda a su efectiva y material dispensación durante todo el tiempo de tratamiento que el médico, a cuyo cargo estuvo el paciente, considere preciso.

Al margen de las consideraciones jurídicas, la cuestión de fondo que subyace en esta resolución judicial sería ¿debe el sistema sanitario atender todas las patologías por muy costosas que éstas puedan llegar a ser? Esta interrogante entronca directamente con la relevancia que adquiere el principio de justicia distributiva, y si resulta factible establecer un modelo justo de distribución equitativa de los recursos sanitarios. ¿Cómo fijar un nivel mínimo y adecuado de cobertura sanitaria para toda la población? ¿Es posible proporcionar asistencia sanitaria igual para todos y que al mismo tiempo sea la mejor? ¿El derecho a la asistencia sanitaria es un derecho de contenido ilimitado?.

A modo de ejemplo, y para ilustrar mejor los términos del debate, cabría traer a colación el controvertido caso del “*Ceprotín*” en nuestra Comunidad Autónoma durante el año 2003. El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha tuvo que hacer frente a la reclamación de cantidad formulada por la empresa Baxter por el suministro del medicamento de concentrado de proteína C “**CEPROTÍN**” a diversos hospitales dependientes del Sescam para el tratamiento de pacientes diagnosticados de déficit de homocigoto de proteína C, presentando púrpura fulminante y necrosis cutánea. El P.V.L. aprobado por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios era de **1.000 € 1 vial, 500 UI, y 2.000 € 1 vial de 1.000 UI**. La cuantía reclamada por la empresa al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha ascendía a 2.868.353 €, y el nº de pacientes afectados por esta patología en toda la región eran: **dos personas**.

Hay quienes consideran que nuestro sistema sanitario nunca se ha ajustado a estos patrones de actuación por considerar que “*Aquí cualquier innovación terapéutica, por mucho que valga, se costea, aunque suponga ganar apenas dos meses de vida y no con buena calidad. Puede parecer muy humanitario (lógicamente se lo quieres dar a tu familiar) pero hay que tener en cuenta el coste social y el concepto de ‘coste-oportunidad’: con ese dinero se proporcionarían otros tratamientos a otros enfermos, o bien se invertiría en formación en seguridad del paciente, prevención de accidentes cardiovasculares o promoción de la salud*”. (Gerente del Departamento de Salud de Orihuela.

Alicante.).(<http://www.redaccionmedica.com/noticia/deberiamos-marcar-un-limite-de-gasto-para-algunos-tratamientos-2000>)

¿Hay que prescindir de medicamentos eficaces pero muy costosos en relación con la población susceptible de beneficiarse de estos tratamientos? o por el contrario, prescindir únicamente, conforme al algoritmo de H.T. Engelhardt (Fundamentos de Bioética) y a nuestra legislación sanitaria (art. 5.3 del RD 1030/2006, de 15 de septiembre, de aquellos tratamientos cuyas posibilidades de éxito son escasas, la calidad y cantidad de vida que pueden garantizar son reducidas, y el coste económico, elevado.

Un tema verdaderamente controvertido que exige una reflexión profunda y serena por parte de gestores, economistas y profesionales sanitarios, en la que se valoren todos los condicionantes de la salud porque, como es bien sabido, las distintas políticas sanitarias benefician de modo diferente a distintos grupos de enfermos.

En el ámbito de la sanidad pública todas estas cuestiones adquieren una relevancia trascendental, debido a que la asignación de los finitos recursos sanitarios debe realizarse atendiendo a un criterio que no debería estar relacionado con la capacidad de pago del ciudadano, como es la "necesidad" del paciente. En este contexto el gran dilema ético al que se enfrenta en nuestros días la sanidad pública no es otro que conciliar "*equidad*" y "*eficiencia*", aplicar políticas de priorización de recursos que sean justas, y que, en todo caso, deberían contribuir a mejorar la situación de los ciudadanos más necesitados, de aquéllos que, como decía Rawls, no han sido favorecidos por la lotería natural (salud) ni social (integración socio-laboral).

Como afirma el profesor Diego Gracia, estamos ante un conflicto de valores - eficiencia versus justicia-. La justicia no puede utilizarse para exigir "*todo*" en el ámbito de la asistencia sanitaria, pero tampoco la eficiencia puede identificarse sin más con medidas de ahorro económico.