

ÉTICA Y GESTIÓN SANITARIA: UN ENSAYO SOBRE LA NECESIDAD DE CONTAR

Xavier CALSAMIGLIA (*)

I. INTRODUCCIÓN

EXISTE hoy una preocupación generalizada por el futuro de la sanidad pública. Consideraciones de naturaleza ética apuntan a la necesidad de que el Estado garantice la igualdad de acceso a la salud de todos los ciudadanos. Los economistas, por otro lado, no cesan de cuestionar la viabilidad de un sistema nacional de salud que pretende atender gratuitamente todas las necesidades sanitarias de todos los ciudadanos sin limitación alguna. Parece plantearse pues un irreconciliable conflicto entre la ética y los criterios economicistas de asignación de recursos. Como se ha dicho, «los economistas parecen conocer el precio de todas las cosas, pero ignoran el valor de todas ellas».

El debate público acerca de la conveniencia de medidas racionalizadoras del gasto sanitario pone de manifiesto el bajo nivel de la discusión: en ningún momento se analizan con rigor los impactos de las medidas y no se tiene noción alguna de los costes de oportunidad. Para unos, toda desviación de la regla de una cobertura universal y gratuita de todo para todos es considerada como un retroceso. Para otros, los costes exponencialmente crecientes de las nuevas tecnologías médicas, el envejecimiento de la población y las irrazonables demandas de los ciudadanos generadas por la gratuidad conducirán inexorablemente a la bancarrota de la sanidad pública. El debate se reduce a la mera adscripción ideológica de cada una

de las posturas, labor de etiquetaje que permite la aplicación irreflexiva de argumentos preconizados y evita llegar al fondo de aquello que se discute. Para los partidos políticos, el Estado del bienestar es pura munición.

En este ensayo, intentaremos defender al Estado del bienestar contra sus entusiastas (1), que, anclados en la mera defensa de principios abstractos irrealizables y atrincherados en la mera defensa de todo lo que lleve la etiqueta de público, impiden la consideración de las reformas que permitan el mantenimiento y extensión de los logros sociales ya alcanzados. Los planteamientos de reforma para garantizar la viabilidad de los objetivos éticos que subyacen a la sanidad pública tienen necesariamente un cariz economicista. Ésta es la realidad.

II. LOS DERECHOS EN SERIO: DERECHOS INDIVIDUALES Y DERECHOS SOCIALES

En su raíz, nuestra sociedad tiene un fuerte carácter individualista. La libertad es uno de los bienes básicos. La persona tiene una inviolabilidad que ni el mercado ni los mecanismos democráticos de elección social pueden pisotear. En esto consisten precisamente los derechos básicos, que no pueden ser objeto de negociación política ni de intercambio mercantil ni —menos aún— de cálculo social por el que el bien de muchos pueda com-

pensar el mal de unos pocos. John Stuart Mill lo expresa con claridad: «...existe un círculo alrededor de todo ser humano individual que ningún gobierno, ya sea de uno, de varios o de muchos, debería nunca sobrepasar» (Mill, 1848).

El principio de la mayoría subyace de un modo u otro a todos los procedimientos de acción colectiva. Los derechos individuales constituyen el límite que la mayoría no puede traspasar. Generan deberes negativos que, por consiguiente, siempre será posible respetar. Son los gobiernos quienes los declaran, y garantizan su cumplimiento. Nunca será admisible sacrificar una vida humana por muy grande e importante que sea el número de seres humanos que recuperen las suyas gracias a los órganos humanos trasplantados. Ningún cálculo de bienestar social puede justificar la tortura o la pena de muerte. Los derechos individuales son indivisibles, y no pueden ser objeto de comercio, negociación o cálculo.

Existe una asimetría fundamental entre los derechos individuales y los llamados derechos sociales (a la educación, al trabajo, a la salud o a la vivienda). Éstos no son derechos en el mismo sentido que los anteriores. Se trata en realidad de aspiraciones de los ciudadanos ampliamente compartidas, recogidas de alguna forma en los textos constitucionales y que los gobiernos tratan de satisfacer en alguna medida. Pero no están jurídicamente protegidos. Como indica (Calsamiglia, 1998): «... uno no puede ir a un juez y pedirle que le garantice el derecho a la vivienda. Se denominan derechos, pero no tienen el mismo ámbito de protección ni el sistema institucional responde frente a su conculcación con las mismas garantías».

El problema fundamental de los derechos sociales es que generan deberes positivos que absorben recursos económicos. Ahora bien, los gobiernos no pueden garantizar la inmortalidad, ni dar la vida. A lo sumo, podrán alargarla y mejorar su calidad. Ninguna vida puede ser alargada indefinidamente y, en muchos casos, conseguir una semana adicional puede requerir una ingente cantidad de recursos. De hecho, en contraposición a los derechos individuales (que generan deberes negativos y no utilizan recursos económicos), la acción pública o privada en favor de la salud nunca será suficiente. Ni utilizando todos los recursos posibles podría un Estado moderno colmar las aspiraciones sobre educación, vivienda y sanidad de todos los ciudadanos. En la medida en que haya escasez, una sociedad no puede eludir la cuestión de cuán lejos hay que ir en la satisfacción de los derechos sociales. *Y ello es esencialmente una cuestión de grado y, por tanto, susceptible de negociación, comparación, intercambio y cálculo.*

III. ESCASEZ Y ASIGNACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

La asignación de los recursos sanitarios es un problema complejo que tiene múltiples vertientes. Para empezar, hay que decidir la magnitud de los recursos sociales que se dedican a la asistencia sanitaria. Una vez conocida esta cantidad, habrá que distribuir estos recursos entre distintos tipos de gastos: asistencia primaria *versus* asistencia hospitalaria, medicina preventiva frente a medicina curativa, etcétera. En el ámbito hospitalario, habrá que decidir el peso relativo de las distintas unidades: obs-

tetricia, cardiología, cuidados intensivos... Dentro de cada unidad habrá que decidir los recursos destinados a tratamientos alternativos, como la diálisis o el trasplante de riñón, o incluso comparar tratamientos en unidades distintas, como las prótesis de caderas con los injertos coronarios o los cuidados geriátricos. En muchos casos, habrá que establecer prioridades entre distintos pacientes que esperan un tratamiento determinado. Habrá que determinar cuántos médicos, enfermeros y administradores son necesarios y cuánto debe pagárseles. Y decidir cuántos hospitales hacen falta, de qué tamaño, su distribución territorial, sus dotaciones tecnológicas y su dedicación a la investigación. Un problema sin duda complejo.

Una solución posible es recurrir al mercado y dejar que los precios competitivos cumplan su función equilibradora: serán las fuerzas de la oferta y la demanda las que determinarán los recursos que se dedican a la sanidad y su distribución, y generarán en los individuos los incentivos apropiados para utilizar sólo aquello que realmente necesiten. Necesidades fundamentales como la alimentación o el abrigo son cubiertas de modo satisfactorio de este modo. El racionamiento de estos bienes escasos se lleva a cabo de modo automático a través de los precios.

El racionamiento a través de los precios depende de la necesidad subjetiva de cada individuo y de su poder adquisitivo. Este último aspecto se considera inaceptable: la salud constituye una de las capacidades básicas (Sen, 1982) a la que todo el mundo debería tener igualdad de acceso. La distribución de los recursos debe hacerse de modo *imparcial*, es decir, atendiendo a la única característica relevante en este contexto: la necesidad.

Ninguna otra consideración ajena a la necesidad puede intervenir en los criterios de reparto. Ésta es la justificación profunda de la intervención pública en sanidad (2).

Desgraciadamente, la mera traslación de la responsabilidad asignativa del mercado al sector público no resuelve el problema. Desprovista de las señales de los precios y de los mecanismos de decisión de los mercados competitivos, la acción del sector público debe plantearse mecanismos alternativos de gestión de recursos que le permitan cubrir eficientemente los objetivos de equidad que subyacen a la decisión de traspasar la asistencia sanitaria al sector público.

Tenemos, pues, el problema de la distribución de unos recursos sobre los cuales no hay derechos de propiedad, problema que no puede resolverse a través de los mecanismos de intercambio voluntario típicos de los mercados competitivos. Habrá que diseñar instituciones para tomar tres tipos de decisiones básicas (3).

a) Las *decisiones de oferta*, que determinan la magnitud de las cargas a repartir o de los recursos a distribuir en función de la evaluación global que se haga sobre lo que se distribuye.

b) Las *decisiones distributivas*, que tienen que ver con la elección de los principios que deben informar los procedimientos de determinación de las aportaciones o participaciones de cada individuo.

c) Las *decisiones reactivas* tomadas por los distintos individuos como respuesta a las dos decisiones institucionales anteriores.

El funcionamiento de una institución depende de los tres nive-

les de decisión. En el tercero se consideran los problemas de generación de incentivos propios de la teoría del diseño de mecanismos, que, aunque fundamentales para el tema de la sanidad, no trataremos aquí. El núcleo de nuestro argumento se refiere al segundo nivel, aunque nos referiremos tangencialmente al primero en la medida en que sea necesario.

IV. DECISIONES DE OFERTA: EL VALOR DE LA VIDA

La generalidad con la que se ha ido extendiendo la protección social de la salud puede dar una medida de la importancia de la vida en nuestras sociedades modernas. Sin embargo, otorgarle un valor exagerado puede conducir a un fundamentalismo muy negativo, que consiste en argumentar que, de la misma forma que más libertad para un individuo no justifica menos libertad para otro, más salud para un individuo no justifica menos salud para otro. Este planteamiento, que, basándose en el valor supremo de la vida humana, niega toda posibilidad de comparaciones interpersonales, tiene su origen en una confusión entre el derecho individual a la vida y el derecho social a la salud. La consecuencia es que si toda comparación interpersonal es inmoral, no habrá otro remedio que recurrir al mercado —tan impersonal— o a métodos puramente aleatorios.

Es en las decisiones de oferta donde una sociedad determina cuán lejos quiere llegar en la protección de los derechos sociales. El Estado toma decisiones de esta naturaleza de modo regular y precisamente cuantificable: con periodicidad anual, se aprueban los Presupuestos del Estado, en los que se asignan

cantidades de recursos que miden con precisión la magnitud del esfuerzo público en términos absolutos y relativos. Esta decisión pone de manifiesto, por preferencia revelada, cuál es la importancia que la comunidad atribuye a los distintos derechos sociales, entre sí y en relación con otro tipo de necesidades sociales en bienes públicos, infraestructuras o esfuerzos redistributivos. La proporción de todos los recursos económicos absorbidos por la sanidad pública es ligeramente superior al 6 por 100. No es una cantidad tan grande (4).

No vamos a discutir aquí si ese esfuerzo es suficiente o no. Baste constatar que el valor de la vida humana que se revela a través de esa decisión se traduce en un volumen de recursos que son insuficientes para atender a todas las necesidades imaginables. El racionamiento es inevitable. Convendría, pues, que partidos políticos y medios de comunicación dejaran de alimentar un error tan extendido como perverso: evitar que el poder adquisitivo sea un criterio de racionamiento de algo tan importante como la vida no implica que el racionamiento haya desaparecido. Los recursos siguen siendo limitados, y el racionamiento, por medios más o menos encubiertos, se practica. El recurso a las listas de espera, el deterioro de los niveles de calidad que expulsan a algunos usuarios del sistema público o la ocultación al paciente de la posibilidad de algunos tratamientos considerados demasiado caros son ejemplos paradigmáticos de mecanismos indirectos de racionamiento. El principio «ojos que no ven, corazón que no siente» no puede seguir siendo el fundamento ético de la acción pública.

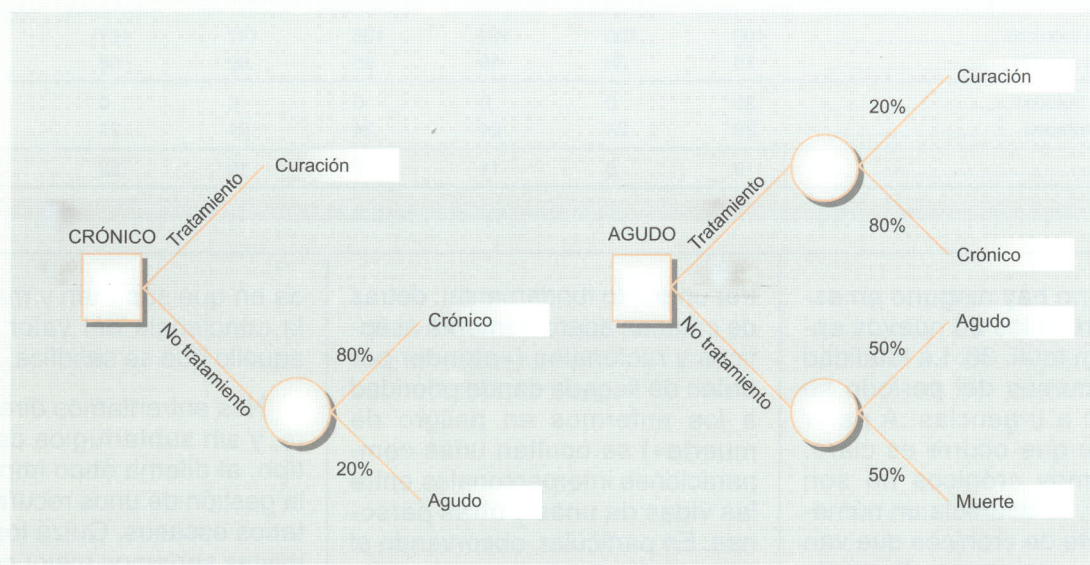
V. FRONTERA DE PRODUCCIÓN, EFICIENCIA E IGUALDAD

Cuando las necesidades son múltiples y diversas, y los recursos limitados, hay que racionar. De hecho, todos los sistemas sanitarios tienen en la práctica mecanismos directos o indirectos de racionamiento. Vano será, pues, lamentarse ahora de la obligación de racionar o su posible inmoralidad. Al decidir un presupuesto se está —implícita o explícitamente— valorando la vida humana. Pero al gestionar un servicio sanitario con unos recursos dados, el problema ético no es tanto saber cuánto vale una vida humana como determinar la vida de *quién* es más importante. Ése es el problema moral fundamental de la gestión sanitaria, la comparación interpersonal de las vidas humanas. Toda política sanitaria requiere, de hecho, establecer prioridades acerca de vidas humanas. El problema ético real no es determinar si es moralmente aceptable establecer este tipo de prioridades, sino *cómo hacerlo*. Porque hacerse, se hace. Cada día.

Para ilustrar este punto, consideremos el funcionamiento de un servicio hipotético a lo largo del tiempo. Hay tres estados de salud. El primero es la ausencia de patología. El segundo tiene lugar cuando el paciente tiene una enfermedad crónica, no peligrosa de por sí, que no plantea grandes problemas ni incapacidades. El tercero es el estado agudo, situación peligrosa que produce una incapacidad total y con riesgo de muerte. En cada período llegan 20 enfermos crónicos y 20 enfermos agudos nuevos. Tal como se indica en el gráfico 1, se puede decidir proporcionar tratamiento o no hacerlo (5).

En el caso de un enfermo crónico, el tratamiento le devuelve

GRÁFICO 1
ÁRBOLES DE DECISIÓN



la salud. Si no recibe tratamiento, seguirá como enfermo crónico, aunque con la posibilidad de que pase al estado agudo, lo cual ocurre en un 20 por 100 de los casos. Esta situación se representa en el árbol de la izquierda.

El mismo tipo de problema se plantea con los enfermos en estado agudo. El tratamiento es muy eficaz, puesto que en todos los casos el paciente abandona el estado agudo. Se consigue una curación completa en el 20 por 100 de los casos, y en los restantes se pasa al mucho más soportable estado crónico. Si no se aplica el tratamiento, el paciente morirá, en la mitad de los casos, o seguirá en estado agudo.

Los recursos disponibles son de 120 unidades monetarias (en lo que sigue, u.m.) por período. El tratamiento de un enfermo crónico tiene un coste de una u.m.,

mientras que el tratamiento de un enfermo agudo es mucho más caro: cinco u.m. Se parte de una situación inicial en la que hay una cola de 100 enfermos crónicos y 20 enfermos agudos.

Los recursos son suficientes para tratar a todos los enfermos nuevos (el coste de tratar a 20 crónicos y 20 agudos es precisamente 120 u.m.), pero insuficiente para hacer frente a las listas de espera. Habrá que tomar decisiones de racionamiento.

Supongamos que se decide dar prioridad a los enfermos en peligro de muerte. En el primer período, existen 100 crónicos y 20 agudos. Si se da prioridad al tratamiento de urgencia, trataremos a los 20 agudos —con un coste de $5 \times 20 = 100$ —, y las 20 unidades monetarias restantes las dedicaremos al tratamiento de 20 enfermos crónicos, lo cual

agota el presupuesto de 120. Como todos los enfermos agudos han sido tratados, no se produce ninguna muerte, lo cual parece indicar que el criterio era el apropiado. Todas estas cifras quedan reflejadas en la primera columna del cuadro n.º 1, que corresponde al primer período.

¿Qué ocurre en el segundo período? El número de enfermos crónicos es igual al 80 por 100 de los enfermos crónicos no tratados el año anterior [$0,8 \times (100 - 20) = 64$], más el 80 por 100 de los enfermos agudos que fueron tratados y pasaron al estado crónico ($20 \times 0,8 = 16$), más los 20 enfermos adicionales de cada período. En total 100, como se refleja en la columna segunda. El número de enfermos agudos es igual al 20 por 100 de los enfermos crónicos no tratados [$0,2 \times (100 - 20) = 16$], más la mitad de los enfermos agudos no

CUADRO N.º 1

EVOLUCIÓN TEMPORAL DANDO PRIORIDAD A LAS URGENCIAS

PÉRIODO	1	2	3	4	5	6	Total
Enfermos crónicos	100	100	119	135	147	157	—
Enfermos agudos	20	36	46	55	62	69	—
Crónicos tratados	20	0	0	0	0	0	—
Agudos tratados	20	24	24	24	24	24	—
Muertes	0	6	11	15	19	22	74

tratados (no hay ninguno en este caso), más los 20 nuevos enfermos. En total, 36. La totalidad de los recursos del período se dedicarán a urgencias. A partir de aquí lo que ocurre es claro: los enfermos crónicos no son atendidos, se acumula un número creciente de crónicos que van pasando a engrosar, de modo también creciente, el número de enfermos agudos. El proceso es explosivo.

En el cuadro n.º 2 consideramos una política alternativa basada en un equilibrio de las intervenciones preventivas y las de urgencia. En el primer período sólo se tratan nueve enfermos agudos. En principio, la decisión parece muy dura, pues la mitad de los no atendidos morirán. Pero esta decisión permite tratar 75 casos de enfermos crónicos y controlar las listas de espera. Ello tiene su influencia en el número de enfermos agudos en el período posterior, lo cual, a su vez, se refleja con nitidez en la evolución del número de muertes, del número de enfermos agudos y del número de enfermos crónicos. No hace falta esperar a llegar al estado agudo para ser atendido, y el número de muertes se reduce drásticamente a más de la tercera parte: en vez de 74 muertes se generan sólo 24.

El ejemplo es totalmente hipotético, pero suficiente para ilus-

trar un punto fundamental: detrás de criterios aparentemente asepticos y racionales («atender por orden de llegada dando prioridad a los enfermos en peligro de muerte») se ocultan unas comparaciones interpersonales entre las vidas de unas y otras personas. En particular, observando el número de muertes en los períodos 1 y 6 se observa que elegir la política de dar prioridad a los casos de urgencia implica que la vida del paciente de hoy vale tres veces más que la vida de un paciente del período 6. Aunque el sistema es imparcial (no sabemos nada acerca de los pacientes, aparte de su estado de salud), ¿es ésta la valoración social que nosotros queremos para nuestra salud pública? Si estas comparaciones interpersonales se están haciendo efectivamente, la única postura racional y ética es conocerlas con precisión para luego poder decidir qué es lo que corresponde hacer en una sociedad justa y solidaria. Porque, desde la perspectiva de la filosofía moral, tal como señala Rubert de Ventós (1971): «En realidad la esencia de la vida moral no consiste en una tarea grandilocuente de ser un abanderado de la realización del bien, sino en la más difícil y ambigua de sacrificar unos bienes a otros. Y el comportamiento o las opciones que se toman sólo pueden ser plenamente morales en la medi-

da en que suponen y mantienen la conciencia del valor de todo aquello que se sacrifica...»

Nos enfrentamos directamente, y sin subterfugios de ningún tipo, al dilema ético implícito en la gestión de unos recursos sanitarios escasos. Quizá los economistas seríamos mejor comprendidos si prescindieramos por una vez de nuestras coordenadas monetarias —tan útiles ciertamente— y planteáramos las cosas directamente en términos de años de vida. Si los recursos tienen usos alternativos (por ejemplo, salvar vidas del período 1 o salvar vidas del período 6) podríamos dibujar un conjunto con todas las opciones realizables con los recursos disponibles, como el del gráfico 2.

Con una política que dé prioridad a las vidas del período 6 y dedique todos los recursos a ello, se podrían salvar 80. Si, por el contrario, nos concentramos en las del período 1, salvaremos 60. La línea curva representa la frontera de todos los puntos alcanzables. Es el equivalente a lo que los economistas llamamos el *conjunto de posibilidades de producción*, que describe al conjunto de todas las alternativas posibles entre las que hay que elegir.

Un punto como el C, que representa una distribución de los recursos que permite salvar 20

CUADRO N.º 2

EVOLUCIÓN TEMPORAL CON PRIORIDAD EQUILIBRADA

PÉRIODO	1	2	3	4	5	6	Total
Enfermos crónicos	100	45	27	27	26	31	—
Enfermos agudos	20	31	28	24	22	22	—
Crónicos tratados	75	45	30	30	25	20	—
Agudos tratados	9	15	18	18	19	20	—
Muertes	6	8	5	3	2	1	24

vidas del período 1 y 50 del período 6 es ineficiente, puesto que es posible salvar más vidas sin perjudicar a nadie. En efecto, en el punto A se salvan más vidas de ambos períodos (30 y 60). Pero cuando se está en un punto de la frontera como el A, que es eficiente, no pueden salvarse más vidas del período 1 sin sacrificar

vidas del período 6. Si pasamos de A a B, pasamos de un punto eficiente a otro que también lo es. Al hacerlo, para salvar ocho vidas del período 1 hemos sacrificado diez del período 6. Precisamente cuando se alcanza la frontera de eficiencia es cuando aparece la noción de coste de oportunidad, que en este contex-

to tiene un contenido ético indiscutible, al plantearnos comparaciones interpersonales en un tema tan importante como la vida. ¿Cómo escoger entre los distintos puntos de la frontera?

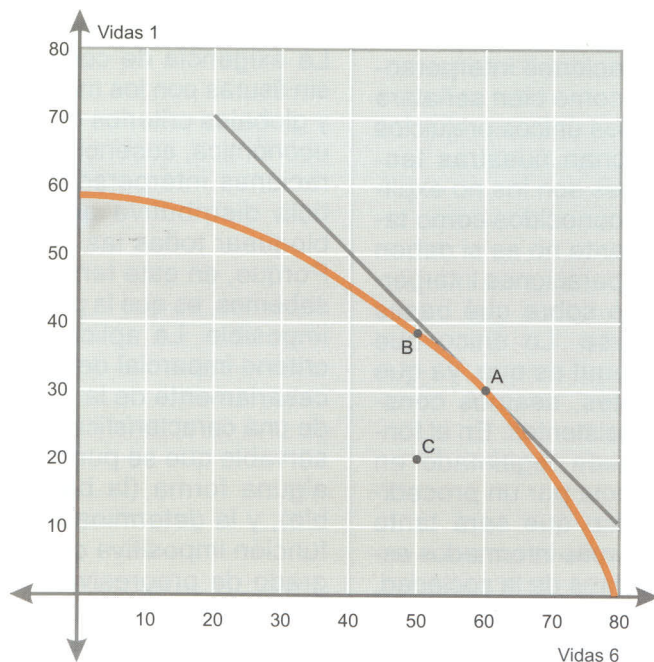
VI. LOS PRIMEROS PRINCIPIOS

Gestionar recursos escasos significa administrar la escasez. La eficiencia es una condición imprescindible: ¿cómo negarse a algo que, sin perjudicar a nadie, beneficia a algunos? Pero hay muchos puntos eficientes (todos los de la frontera lo son), y escoger uno de ellos significa incurrir en costes de oportunidad, sacrificar un objetivo para mejorar el otro. En nuestro caso, eso significa realizar comparaciones interpersonales y decidir qué vidas son más importantes.

Para centrar más el hilo argumental, formularemos explícitamente los tres principios que van a presidir el desarrollo de nuestra argumentación.

Primero, adoptaremos un planteamiento de *justicia local* (Young, 1994). Pretender resolver de modo consistente todos los temas de equidad en la distribución siguiendo las grandes teorías normativas de la justicia (Kolm, 1972; Rawls, 1971; Nozick, 1974), que fueron formula-

GRÁFICO 2
FRONTERA DE POSIBILIDADES DE PRODUCCIÓN



das para pensar en la naturaleza de un orden social justo en su sentido más amplio, es una tarea tan vana como carente de sentido. La experiencia en Economía es larga: un excesivo celo en los requerimientos de consistencia y racionalidad de las acciones colectivas nos conduce inevitablemente a resultados de imposibilidad. En la vida real, las diversas instituciones toman sus decisiones distributivas fraccionadamente en cada contexto, sin tener en cuenta los otros. A la hora de decidir a quién se le puede hacer un trasplante de hígado, no se tiene en cuenta cómo fue tratado por el sistema de distribución de plazas universitarias en la selectividad o en cuánto tuvo que contribuir a las obras de urbanización de su calle. Los distintos mecanismos e instituciones para tomar decisiones distributivas en el sector sanitario deberán ser juzgados por sus propios méritos.

Segundo, los conceptos de equidad que acaban por imponerse no se corresponden necesariamente con algo éticamente superior, sino que corresponden a lo que una sociedad concreta en un momento dado considera como apropiado a la necesidad. En este punto, resulta útil hacer referencia a la distinción rawlsiana entre lo bueno (*good*) y lo correcto (*right*). En una sociedad, todo individuo tiene derecho a la libertad de desarrollar su vida de acuerdo con su particular noción de *lo bueno*. Si todos coincidiéramos en esta consideración, no existiría ningún problema de justicia. *Lo correcto*, es decir, la justicia social, consiste en aquello que, permitiendo a cada uno desarrollar su propia y diversa noción de *lo bueno*, pone las bases para la resolución de los conflictos de intereses y la cooperación. Es el respeto básico a la libertad individual y al pluralismo lo que

nos obliga a establecer esta diferencia entre *lo bueno* y *lo correcto*. Sólo el fundamentalismo los confunde. En una sociedad democrática, el pluralismo es un valor fundamental que hace que lo bueno y lo correcto no sean necesariamente la misma cosa. Pero lo correcto no es independiente de lo que los individuos consideran bueno: existen procedimientos para tomar decisiones colectivas para decidir lo correcto (un hombre, un voto). En definitiva, mientras que cada uno puede derivar su noción de lo bueno de la religión, de la filosofía o de su propio criterio, los criterios de justicia distributiva —lo correcto— tendrán su legitimación última en la esfera de la decisión por mayoría, y su límite, en los derechos individuales.

Tercero, como sabemos bien los economistas desde el célebre teorema de imposibilidad (Arrow, 1951), no existe un modo científico y libre de juicios de valor para derivar lo correcto de lo bueno, es decir, para obtener las prioridades sociales a partir de las preferencias individuales. En otras palabras, es inevitable realizar comparaciones interpersonales. Pero, como bien señalara Max Weber, los únicos prejuicios que distorsionan nuestras teorías y acciones son los no explícitamente reconocidos como tales. Lo relevante no es si deben hacerse comparaciones interpersonales, sino sobre qué bases deben hacerse. Lo único que apuntamos aquí es que, ya que son inevitables, seamos conscientes y consistentes. En el fondo, todo queda legitimado en última instancia por un procedimiento político que será tanto mejor cuanto más informados estén los miembros de la sociedad, mejor se hayan debatido las cuestiones fundamentales y más conscientes sean los ciudadanos de los costes de oportunidad de cada una de las alternativas.

Proponemos desplazar el campo de batalla desde la arena de las demandas y reclamaciones de derechos sociales al terreno más constructivo de los argumentos, razones, justificaciones y principios que deben guiar al sector público en la distribución de los recursos escasos. A partir de ellos, puede construirse un criterio de decisión claro y cuantificable que pueda aplicarse sistemáticamente de modo imparcial y que sea convincente, persuasivo y creíble. De este modo, puede ser razonablemente comprendido, ampliamente debatido y posteriormente legitimado por los procedimientos democráticos.

El ejemplo que tenemos en mente es el impuesto sobre la renta de las personas físicas. Distribuir las cargas que debe soportar cada miembro de la sociedad para contribuir a los gastos públicos de acuerdo con su capacidad de pago está plagado de dificultades de todo orden, entre otras cosas, por las comparaciones interpersonales de bienestar que toda regla concreta implica. La exigencia de compatibilidad sin fisuras con los más exigentes y globales criterios de eficiencia económica, ausencia de comparaciones interpersonales y justicia distributiva acabaría por bloquear todas las propuestas. Porque, en este terreno, si algo sabemos, es que la perfección es imposible. La aplicación de un criterio imparcial debe partir necesariamente de la delimitación de una característica externa observable que se pueda medir de alguna forma (la base imponible), y la determinación de una función impositiva con un cierto grado de progresividad que se aplica de modo imparcial a todos los ciudadanos. Naturalmente, toda regla concreta involucra un juicio de valor y comparaciones interpersonales de bienestar, cu-

ya única legitimidad proviene del proceso político que las aprueba. Lo importante es que la regla esté bien especificada, sea cognoscible, y se puedan debatir y calcular sus implicaciones.

VII. SOBRE LA NECESIDAD DE CONTAR

Roto el cinturón protector, penetremos ya, sin mucha ceremonia, en el terreno de los juicios de valor. Consideremos el caso hipotético de un médico que dispone de una cantidad limitada de un medicamento. Podría salvar la vida de un paciente grave que necesita una dosis masiva. Pero tiene cinco pacientes menos graves para los que una quinta parte de la dosis disponible sería suficiente para salvarlos. El médico se encuentra frente a la disyuntiva de si salvar una vida o cinco. ¿Qué hacer?

Una manera de resolver el problema es no hacer nada. Efectivamente, en este caso, la igualdad de acceso es total, pero la solución no es aceptable puesto que es ineficiente: si el recurso escaso no se utiliza, habría una queja *unánime* por parte de todos los pacientes. La eficiencia es, efectivamente, una condición necesaria —aunque no suficiente— de una decisión justa. Pero si restringimos nuestra atención a las acciones eficientes sólo hay dos alternativas: salvar una o cinco vidas.

Algunos autores (Taurek, 1977) sostienen que la única decisión justa es la que resulta de lanzar una moneda al aire y dar la medicina al grupo de pacientes agraciado. De este modo, se consigue la eficiencia y se preserva la igualdad de oportunidades. En efecto, todos los pacientes tienen la misma probabilidad (exactamente un 50 por 100) de ser salvados.

Otros (Rakowski, 1991) sostienen que, en la medida en que no se viole ningún derecho individual (6), la mayoría de la gente consideraría que contar es mejor que lanzar monedas al aire. De hecho, decidir lanzando una moneda al aire no es más que la repetición de un fenómeno aleatorio que ya determinó la pertenencia a uno de los grupos. Hay que optar decididamente por salvar al grupo más numeroso (7).

Renunciar a contar y pronunciarse en favor del procedimiento aleatorio de decisión en este contexto tiene implicaciones tan fuertes que no resulta concebible que, considerado como procedimiento de decisión del sector público en las grandes cuestiones sanitarias, pudiera suscitar el más mínimo apoyo. Desautoriza radicalmente toda comparación interpersonal y nos condena irremisiblemente a asignar los recursos sanitarios de modo aleatorio a todo aquél que lo solicite, sin tener en cuenta los distintos grados de necesidad. A la hora de dar prioridad al tratamiento del dolor de un grupo de enfermos terminales, a los trasplantes de corazón, a efectuar un cribaje poblacional del cáncer de próstata o a proceder al borrado de un tatuaje, nos decidiríamos simplemente por atender aleatoriamente a los enfermos según vayan llegando, sin tener en cuenta su grado de necesidad. No es razonable. Efectivamente, *es necesario contar*.

Lo primero que hay que saber es qué hay que contar, y luego discutir cómo comparar las distintas cantidades, es decir, cómo realizar estas comparaciones interpersonales.

VIII. ¿QUÉ CONTAR?

Ubicamos la discusión anterior en un contexto algo radical

en el que, para contrastar bien las cuestiones, las decisiones eran del tipo «o todo o nada». Lo que estaba en juego era la comparación interpersonal de vidas humanas. Si bajamos a un plano más realista, nos daremos cuenta enseguida de que toda vida es irremediablemente finita, y que las decisiones tienen que ver con la *prolongación* de distintas vidas. En vez de contar vidas humanas, será más conveniente contar los años de vida adicionales proporcionados por los distintos tratamientos.

La primera implicación normativa de la necesidad de contar es subrayar la importancia de realizar de modo cuidadoso y sistemático la evaluación científica de los distintos tratamientos. Dados un estado de salud inicial y un tratamiento específico, hay que determinar las probabilidades con las que se alcanzarán distintos estados de salud. Las técnicas de la medicina basada en la evidencia (MBE), que utilizan métodos habituales para conocer la efectividad de prácticas comunes, deberían generalizarse y constituir la base de una contabilidad paralela en años de vida que esté rutinariamente a disposición de los profesionales y pueda constituir la base de reformas organizativas, al permitir la descentralización de las decisiones, la fijación de objetivos y el cálculo económico racional.

Sin embargo, la consideración de la efectividad de los distintos tratamientos en términos de años de vida no es una medida adecuada. Es imprescindible considerar también la calidad de la vida: el dolor, la autosuficiencia en las actividades vitales básicas, la movilidad o la capacidad para llevar una vida normal son cuestiones sumamente importantes. Basta considerar el peso que tienen en el total del gasto sanitario todos los tratamientos

que inciden exclusivamente en la mejora de la calidad de vida sin alterar su duración esperada: tratamientos contra la sordera, la ceguera, las prótesis para devolver la movilidad, tratamiento del dolor, etc. Obsérvese, no obstante, que esto introduce un importante elemento adicional. A los datos obtenidos mediante la MBE acerca de los resultados posibles de las distintas terapéuticas y sus frecuencias relativas, habrá que añadir criterios específicos para evaluar el riesgo de los distintos tratamientos y el peso relativo de la calidad respecto a la pura duración de la vida. Sobre estas cuestiones, es razonable que los pacientes tengan algo que decir. Afortunadamente, los economistas de la salud han estado trabajando sobre estos temas. Mediante la aplicación de técnicas de medición de las preferencias basadas en la teoría de la utilidad esperada, han construido índices como los «años de vida ajustados por calidad» (AVAC), sobre los que existe una abundante literatura, y que constituyen una herramienta extremadamente útil que hay que seguir mejorando.

Una vez que se dispone de una unidad de medida como el AVAC, es posible empezar a contar y calcular los beneficios esperados (en años de vida ajustados por calidad) de los distintos tratamientos. Pero si la elaboración de una política sanitaria requiere establecer prioridades entre los distintos tratamientos —es decir, separar los realmente importantes de los que no lo son—, hay que tener en cuenta los costes. Para cada tratamiento, es necesario calcular el cociente coste/AVAC —es decir, el coste de cada año de vida adicional ajustado por calidad— y dar prioridad a los tratamientos que tengan un coste inferior. El criterio del coste no introduce un ele-

mento mercantil, sino que es que un vehículo para realizar la comparación de los años de vida ajustados por calidad de los dos grupos de pacientes. Si, por ejemplo, se nos dice que el coste/AVAC de la colocación de un marcapasos es 1.110, mientras que el de un trasplante de corazón es de 7.840, lo que en realidad se nos está diciendo es que por cada año de vida que salvemos de un paciente del grupo que necesita un trasplante sacrificaremos siete años de vida de los pacientes del grupo de los que necesitan un marcapasos. Por consiguiente, si valoramos los años de vida de ambos grupos de pacientes de la misma forma, es evidente que mientras quede un marcapasos por poner no es aceptable proceder a trasplantes.

El procedimiento de racionamiento (o delimitación de prestaciones) compatible con los juicios de valor realizados hasta ahora sería el siguiente: los tratamientos se listan de acuerdo con el índice coste/AVAC por orden decreciente, y se van incluyendo de modo sucesivo hasta agotar el presupuesto. Los tratamientos excluidos no serían cubiertos por la sanidad pública. De este modo, se evita que criterios de exclusión ocultos impidan la puesta en práctica de los criterios que responden eficazmente a prioridades sociales bien definidas.

En 1989, el parlamento del Estado de Oregón creó una Comisión de Servicios de Salud con el objetivo de establecer prioridades entre los distintos servicios sanitarios para elaborar finalmente la lista de prestaciones cubiertas por la sanidad pública. La metodología adoptada para elaborar esta jerarquización era fiel a los AVAC: la posición relativa de cada tratamiento no dependía sólo de sus beneficios netos es-

perados, sino también de su coste. En la evaluación de los beneficios, no sólo se tenía en cuenta en qué medida se posponía la muerte, sino también la calidad de la vida. Inesperadamente, el sistema de prioridades resultante fue un gran fracaso: la asistencia primaria se clasificaba muy por encima de operaciones de vida o muerte muy caras; las fundas dentales estaban por encima de la cirugía para embarazos extrauterinos, etc. (Hadorn, 1991). La reacción pública fue muy negativa. Evidentemente, algo no había funcionado.

Las distintas políticas sanitarias benefician de modo diferente a distintos grupos de enfermos. Como la adscripción de un individuo a un cierto grupo es totalmente aleatoria, la elaboración de prioridades por grupos de enfermos cumple las condiciones mínimas de imparcialidad. Toda política sanitaria debe comparar el valor social de los años de vida del paciente típico de cada grupo. El principio utilitarista «un AVAC es un AVAC, no importa quien lo obtenga», según el cual los años de vida adicionales de los tratamientos deben sumarse, es el responsable del fracaso de la aplicación de la metodología de los AVAC en Oregón. Los trabajos realizados por los economistas de la salud han utilizado técnicas muy refinadas para evaluar el peso relativo de la calidad de vida y su duración según la opinión de los pacientes. No parece haber nada fundamentalmente erróneo en este planteamiento. El problema reside fundamentalmente en el modo de enfocar la comparación interpersonal de la necesidad.

Sumar los AVAC significa que es lo mismo dar 60 años de vida adicionales a una persona que 10 años de vida adicionales a seis personas. El criterio no tiene en cuenta la distribución de

los años de vida. Supongamos que dos tratamientos, A y B, tienen el mismo coste. El paciente típico del tratamiento A es un hombre mayor, de unos 60 años, que sin tratamiento se espera que viva 20 años más, y con tratamiento, 32. El paciente típico del tratamiento B es un niño de 10 años que morirá sin tratamiento, y que podrá sobrevivir 12 años. ¿Seríamos realmente indiferentes entre un tratamiento que alarga la esperanza de vida de un hombre de 60 años de 20 a 32 años adicionales que un tratamiento a vida o muerte que permita alargar 12 años la vida a un niño de diez? En ambos casos se dan 12 años adicionales de vida pero los casos son muy distintos. Los avances tecnológicos en medicina pueden salvar años de vida durante tantos años a tantas generaciones futuras que si todos los años tienen la misma valoración todos los médicos de hoy deberían dedicarse exclusivamente a la investigación porque, sacrificando unas pocas vidas hoy, se salvarían millones de vidas en el futuro.

Estas consideraciones ponen de manifiesto que es muy razonable poner en tela de juicio el principio utilitarista. Son precisamente los errores en el planteamiento de los problemas de justicia distributiva en la asignación de los AVAC lo que subyace al fracaso de la aplicación de la metodología en Oregón y al rechazo que ha cosechado en otros contextos. No es sorprendente que el problema más sutil de la ética en la gestión sanitaria reside en la determinación de los criterios de justicia distributiva en la repartición de los escasos recursos sanitarios.

IX. COMPARACIONES INTERPERSONALES DE VIDAS

A pesar de una apariencia de neutralidad axiológica, la función de bienestar social propuesta en el análisis tradicional de los AVAC —que proponía sumar AVAC sin tener en cuenta los beneficiarios— incorporaba una propuesta muy concreta sobre cómo realizar comparaciones interpersonales de vidas humanas. Algunos autores (Wagstaff, 1991; Calsamiglia, 1996) propusieron la consideración de funciones de bienestar no lineales que, al incorporar juicios de valor redistributivos, tuvieran en cuenta la *Rule of Rescue*, es decir, la innata inclinación humana a salvar las vidas en peligro. Gradualmente, ha ido ganando peso la idea de que el principio de que «un AVAC es un AVAC, no importa quien lo obtenga», que trata de modo imparcial y anónimo a todos los ciudadanos, no refleja adecuadamente los criterios de la gente sobre la justicia en la distribución de los AVAC; de la misma manera que «una peseta es una peseta, no importa quien la tenga» no puede captar los criterios mayoritariamente compartidos sobre la distribución del poder adquisitivo que fundamentan la progresividad del impuesto sobre la renta.

Nuevos estudios (Cohen, 1995; Richardson, 1994; Pinto Prades, 1997) proponen métodos que miden directamente las evaluaciones de los individuos en relación con la comparación interpersonal de pacientes de grupos distintos.

En la medida en que estas técnicas cumplan su función, los criterios obtenidos permitirán realizar medidas cuantitativas de las consecuencias de políticas alternativas o estructuras organi-

zativas distintas. Si dicho criterio refleja adecuadamente los sentimientos de los ciudadanos acerca de cómo hacer comparaciones interpersonales y ayuda a explicitar los costes de oportunidad, no sólo les ayudará a formarse una opinión, sino que recibirá un apoyo mayoritario. Porque la esencia del Estado del bienestar no consiste en generar ciudadanos que, proclamándose abanderados de la realización del bien, no cesan en sus reclamaciones ilimitadas al Estado para la satisfacción de derechos sociales. Se trata más bien de generar ciudadanos que asuman responsablemente la más difícil y ambigua decisión de sacrificar unos bienes a otros, manteniendo la conciencia del valor de todo aquello que se sacrifica.

X. CONCLUSIONES

En este trabajo, hemos intentado combatir un tipo sutil de fundamentalismo que sostiene que el valor social de la vida humana es demasiado elevado como para poder ser objeto de comercio, intercambio y cálculo. El punto de partida fundamental es que, como en el caso de los demás derechos sociales, el derecho a la salud y a la vida absorbe recursos escasos. La limitación de los recursos hace inevitable la necesidad de racionar. Y racionar, en este contexto, significa dar prioridad a las vidas de unos sobre las de otros.

Los economistas de la salud han evitado escrupulosamente afrontar directamente las comparaciones interpersonales en la elaboración de las políticas públicas. El público en general, por su parte, considera inaceptable que se hable de delimitar prestaciones, de excluir a ciertos grupos o de cuestionar el principio de gratuidad. Pero en la práctica

se está excluyendo. El oscurantismo hoy vigente no tiene fundamento ético alguno. Por consiguiente, la necesidad de contar es el primer imperativo ético de la gestión pública en sanidad. La tarea de construir una medida para poder contar es imposible si ponemos demasiadas exigencias. Por ello, abogamos por un modesto proceso de justicia local en el que se propongan métodos simples que —como el impuesto sobre la renta de las persona físicas y la progresividad— permitan poner en práctica un mecanismo redistributivo de años de vida que, aunque imperfecto, efectúe la redistribución de un modo imparcial y eficiente, y cuya transparencia y claridad le permita ser sometido a debate. Sólo entonces el ciudadano responsable, bien informado y consciente de los costes de oportunidad podrá colaborar eficazmente a mejorar las sucesivas versiones de los criterios de decisión. Ésa debe ser una de las primeras líneas de defensa del Estado del bienestar

NOTAS

(*) El autor agradece el apoyo de la DGE y la Generalidad de Cataluña 1997SGR 00138.

(1) Las ideas aquí expresadas son una continuación de las desarrolladas en CALSAMIGLIA (1994).

(2) La intervención pública en la provisión de educación y salud se justifica tam-

bién por los fallos del mercado. Para una exposición de síntesis sobre este tema, véase LÓPEZ i CASASNOVAS y ORTÚN RUBIO (1998).

(3) La terminología está tomada de YOUNG (1994).

(4) En cualquier caso, aunque fuera tres veces mayor, los problemas aquí considerados no dejarían de plantearse, aunque posiblemente con menos intensidad.

(5) En el gráfico 1, en cada modo hay un par de alternativas. Los cuadros representan la decisión cuyas implicaciones éticas queremos analizar. Los círculos representan que el azar determina la alternativa de acuerdo con las probabilidades que se indican.

(6) Pocos aceptarían la corrección moral de sacrificar la vida de una persona sana para trasplantar sus órganos vitales a seis personas en situación desesperada. El cómputo de vidas salvadas sería muy favorable, pero —tal como indicamos al principio— no pueden hacerse operaciones aritméticas con los derechos individuales.

(7) En realidad, como la mayoría de los ciudadanos no saben a qué grupo de enfermos van a pertenecer en el futuro, al decidir tras «el velo de la ignorancia», podríamos argumentar, siguiendo a Rawls, que lo más razonable es que opten por el grupo más numeroso, por la sencilla razón de que lo más probable es que acaben formando parte de él.

BIBLIOGRAFÍA

- ARROW, K. J. (1951), *Social choice and individual values*, John Wiley, Nueva York.
- CALSAMIGLIA, A. (1998), «Los derechos culturales, son derechos?» (manuscrito no publicado), Universitat Pompeu Fabra.
- CALSAMIGLIA, X. (1994), «En defensa del Estado de bienestar contra sus entusiastas», en CASASNOVAS, L. (editor), *Análisis económico de la sanidad*, págs. 49-61, Generalitat de Catalunya, Fulls Econòmics, Barcelona.
- (1996), «Equity criteria and the setting of priorities for health policies», en INSTITUTO BORJA DE BIOÉTICA (editor), *Distribución de recursos escasos y opciones sa-*

nitarias, páginas 13-42, SG Editores, Barcelona.

- COHEN, B. (1995), «Utility measurement and the allocation of health care resources», *Medical Decision Making*, 15, páginas 287-288.
- HADORN, D. C. (1991), «The Oregon priority setting exercise: Quality of life and public policy», *Hastings Center Report*, 21, páginas 11-17.
- KOLM, S. (1972), *Justice et équité*, Editions du Centre National de la Recherche Scientifique, París.
- LÓPEZ i CASASNOVAS, G., y ORTÚN RUBIO, V. (1998), *Economía y salud*, Encuentro Ediciones, Madrid.
- MILL, J. S. (1848), *On Liberty*, John W. Parker and Son, Londres.
- NOZICK, R. (1974), *Anarchy, State and Utopia*, Basic Books, Nueva York.
- PINTO PRADES, J. L. (1997), «Is the person trade-off a valid method for allocating health care resources?», *Health Economics*, 6, páginas 71-81.
- RAKOWSKI, E. (1991), *Equal Justice*, Clarendon Press, Oxford.
- RAWLS, J. (1971), *A theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- RICHARDSON, J. (1994), «Cost utility analysis: What should be measured?», *Social Science and Medicine*, 39, págs. 7-21.
- RUBERT DE VENTÓS, X. (1971), *Moral y nueva cultura*, Alianza Editorial, Madrid.
- SEN, A. (1982), «Equality of what?», en *Choice, welfare and measurement*, Basil Blackwell, Oxford.
- TAUREK, J. (1977), «Should the numbers count?», *Philosophy and public affairs*, 6, págs. 293-316.
- WAGSTAFF, A. (1991), «Qalys and the equity-efficiency trade-off», *Journal of Health Economics*, 10, págs. 21-41.
- YOUNG, H. (1994), *Equity in theory and practice*, Princeton University Press, Princeton.

Resumen

En este trabajo tratamos de combatir el punto de vista según el cual el valor social de la vida humana es demasiado elevado como para poder ser objeto de comercio, intercambio y cálculo. Contrariamente a lo que ocurre con los derechos individuales, los derechos sociales —y muy en particular la salud— absorben recursos escasos y generan demandas ilimitadas, lo cual conduce inevitablemente a la necesidad de racionar. Y racionar, en este contexto, significa dar prioridad a la salud de unos por encima de la de otros.

Muchos consideran inaceptable delimitar prestaciones, excluir a ciertos grupos o cuestionar el principio de gratuidad. Pero en la práctica se está racionando a través de mecanismos indirectos como las colas o la desinformación. El oscurantismo hoy vigente no tiene fundamento ético alguno. Por consiguiente, contar es el primer imperativo ético de la gestión pública en sanidad. La tarea de construir una medida razonable para poder contar constituye la única forma razonable de justificar las comparaciones interpersonales preñadas de juicios de valor que implica toda prioridad. La tarea es imposible si se imponen demasiadas exigencias. Por ello, abogamos por métodos simples que —como el impuesto sobre la renta de las personas físicas y la progresividad— permitan poner en práctica un mecanismo redistributivo de años de vida (ajustados por calidad) que —aunque imperfecto— efectúe la redistribución de un modo imparcial y eficiente y cuya transparencia y claridad le permita ser sometido a debate. Sólo entonces el ciudadano responsable, bien informado y consciente de los costes de oportunidad podrá colaborar eficazmente a mejorar las sucesivas versiones de los criterios de decisión.

Palabras clave: justicia, sanidad pública, gasto sanitario, calidad de vida.

Abstract

In this study we try to combat the point of view which contends that the social value of human life is too high to be the subject of trade, exchange and calculation. Unlike what happens with individual rights, social rights —and very especially health— absorb scarce resources and generate unlimited demands, which inevitably leads to the need for rationing. And rationing, in this context, means establishing the health priority of some over others.

Many people consider it unacceptable to limit benefits, exclude certain groups or question the principle of gratuity, but in practice rationing is taking place by way of indirect mechanisms, such as queues or disinformation. The obscurantism in force today has no ethical basis whatsoever. Counting, therefore, is the prime ethical imperative in public health management. The task of constructing a reasonable measure to be able to count is the only acceptable way of justifying interpersonal comparisons beset with the value judgments involved in every priority-based system. The task is impossible if too many requirements are imposed. We therefore advocate simple methods that —like personal income tax and progressiveness— make it possible to put into practice a re-distributive mechanism of years of life (adjusted for quality), —though imperfect— achieves re-distribution impartially and efficiently, with an openness and clarity that enable it to be laid open to discussion. Only then will the responsible citizen, being well informed and aware of the costs of opportunity, be able to cooperate effectively in improving the successive versions of decision criteria.

Key words: justice, public health, health spending, quality of life.

JEL classification: D63, I18, H51, I31.