

# IGUALITARISMO Y DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS SANITARIOS<sup>1</sup>

Àngel Puyol González  
Dpto. Filosofía  
Universitat Autònoma de Barcelona

## *Introducción*

Admitimos generalmente que tras el deseo de distribuir correctamente los recursos de la sanidad existe el principio de igualdad. Deseamos tratar a todos los enfermos o a los ciudadanos potencialmente enfermos (como en la medicina preventiva) con igualdad. Pero, ¿qué significa eso? Y, además ¿cómo deberíamos combinar nuestras intuiciones igualitaristas con la presencia de los costes de oportunidad? Los economistas de la salud suelen denunciar acertadamente la ingenuidad de pensar que la salud no tiene precio. En este texto, intentaré suplir los defectos habituales de los enfoques filosóficos al uso, un tipo de enfoques que, por otra parte, es tan necesario como igualmente escaso entre la mayoría de los economistas.

En mi opinión, el compromiso igualitarista en la atención sanitaria contiene cuatro cláusulas o requisitos generales. En primer lugar, es un mandato igualitarista evitar el racionamiento si otros bienes tan o más importantes que la salud no están en peligro. Así, si consideramos que la obligación moral del sistema sanitario consiste en tratar a *todos* los enfermos, debemos procurar tener suficientes recursos para llevarlo a cabo. El racionamiento, por tanto, no es un hecho que se deba asumir sin una justificación moral completa -y no sólo política o económica. En segundo lugar, un igualitarista debe priorizar los criterios distributivos a los criterios meramente maximizadores como el utilitarismo. En tercer lugar, un igualitarista de la salud no ha de supeditar el valor de la salud al valor de la propiedad individual; en otras palabras, el derecho a la atención sanitaria es prioritario al derecho a la propiedad privada en el caso de que ambos derechos entren en conflicto. Por ejemplo, si A tiene que pagar los costes sanitarios que B necesita porque sólo

---

<sup>1</sup> Este texto ha sido publicado, con ligeras variaciones, en catalán en el número 9 de FRC, revista de la Fundació Rafael Campalans, Barcelona, 2004.

A puede hacerlo, y la salud de A no se ve seriamente amenazada por ello, lo debería hacer. Finalmente, si el racionamiento sanitario es inevitable por razones empíricas o morales, hay que encontrar un criterio de equidad lo más coherente posible con el conjunto de las convicciones morales de una sociedad liberal e igualitarista. Veámos cada una de estas cláusulas con más detalle<sup>2</sup>.

### *Las razones del racionamiento legítimo*

Hay dos razones moralmente aceptables para racionar los recursos sanitarios. Por una parte, los recursos pueden ser empíricamente insuficientes. Por otra parte, los recursos pueden ser suficientes para cubrir todas las necesidades sanitarias, pero no para satisfacer el conjunto de las necesidades de la población, de manera que el bien de la salud tiene que competir con otros bienes, como la educación, la defensa, las infraestructuras o la obtención de energía, con el fin de conseguir los recursos escasos. En ese caso, es necesario justificar moralmente la distribución final de los recursos.

Respecto a la primera razón, existe una especie de acuerdo generalizado y poco discutido sobre la imposibilidad de que los actuales sistemas sanitarios financiados públicamente puedan atender al conjunto de las necesidades sanitarias de la población. Incluso se afirma que la situación se volverá todavía peor con el envejecimiento progresivo de la población. No obstante, Smith, Frankel y Ebrahim (2000)<sup>3</sup> han mostrado su escepticismo sobre esa hipótesis general. Apoyados en datos realmente disponibles, denuncian que existe poca evidencia empírica que indique el nivel de alarma actual. Los estudios sobre listas de espera y demandas de hospitalización no muestran un colapso del sistema, sino más bien una mala gestión de los recursos disponibles. Así, cuando las listas de espera de un tratamiento determinado son más largas en una parte del país, en otras son mucho más cortas, y cuando se gestiona de manera más eficaz la reducción de listas de espera especialmente problemáticas como las de extracción de cataratas o prótesis de cadera, se comprueba que las listas se reducen sin demasiados costes de oportunidad.

---

<sup>2</sup> El tercer requisito o cláusula no lo trato aquí por falta de espacio (Puyol, 1999a).

<sup>3</sup> Los datos que utilizan se refieren al NHS británico, un sistema sanitario universal y gratuito como el nuestro.

Por otra parte, las estadísticas no muestran un incremento de la demanda de hospitalizaciones en los últimos años, sino, en algunas ocasiones, incluso un descenso. Al lado de estos datos, los análisis coste-beneficio a favor de la necesidad de racionamiento suelen considerar el coste de los medicamentos como una variable fija, sin cuestionar su adecuación real. Pero se sabe, por ejemplo, que el coste de un medicamento puede variar muchísimo en función del país donde se aplica. La razón de esta disparidad no es otra que el deseo de enriquecimiento de la industria farmacéutica, de manera que los costes para la sociedad de aceptar los enormes beneficios farmacéuticos son muy importantes. Así, “si todas las personas entre 45-74 años en Gran Bretaña con evidencia clínica de enfermedades coronarias se tratasen con estatina –un medicamento que en la India cuesta casi ocho veces más que en GB- durante cinco años, se evitarían alrededor de 22000 muertos por esta causa” (p. 577). Si de verdad queremos hacer un debate sobre el racionamiento sanitario, tendríamos que empezar por cuestionarnos los astronómicos beneficios de la industria sanitaria. El racionamiento actual parece, pues, más una consecuencia de las concesiones políticas a las fuerzas económicas que de la situación real de los recursos disponibles.

Respecto a la segunda razón para racionar, estamos de nuevo ante una discusión ética y política -y no sólo económica. ¿Es realmente la salud un bien tan importante que estamos dispuestos a sacrificar el resto de necesidades si llega el caso? La respuesta es variable según los individuos y sobre todo su situación vital. En medio de una enfermedad grave, la mayoría de los enfermos parecemos dispuestos a intercambiar buena parte de nuestros recursos económicos por la atención sanitaria que precisamos, pero cuando disfrutamos de buena salud las cosas se ven sorprendentemente de otra manera. El hecho es que la sociedad, a pesar de dedicar una buena parte de sus recursos a la sanidad, procura también destinar suficientes recursos para satisfacer otras necesidades sociales. Nos deberíamos preguntar, no obstante, si esta tendencia continuaría siendo igual si el racionamiento sanitario fuese mucho más acusado de lo que es actualmente, si la sociedad se sintiese realmente desprotegida sanitariamente, si creyese efectivamente roto el pacto implícito del estado del bienestar. Un filósofo racionalista como Descartes aseguraba que la salud era el bien humano más importante de todos, la condición de

cualquier otro bien. Muchos de nosotros, en cambio, pensamos que tal vez otros valores como la libertad personal son, en determinados momentos, incluso más importantes que la salud; de otra manera no podríamos entender la eutanasia o la tendencia de muchas personas a llevar estilos de vida poco o nada saludables. Ronald Dworkin (2003) cree que el valor real de la salud lo determina el ciudadano estándar cuando toma decisiones redistributivas sobre sus recursos iguales teniendo plenamente conciencia de los costes de oportunidad. Cree, por ejemplo, que un joven a punto de iniciar una vida familiar propia no invertiría en un seguro sanitaria todos sus recursos, sino que también se reservaría una parte de su presupuesto para formación personal, educación de los hijos, vivienda, etcétera. Tomar colectivamente como referencia las decisiones de este ciudadano medio facilitaría encontrar el equilibrio entre el deseo de protegerse contra la pérdida de salud y los riesgos que estamos dispuestos a asumir en el conjunto de una vida. En cualquier caso, determinar el valor final que la sociedad tiene que dar a la salud, dados los costes de oportunidad, es un asunto eminentemente moral y político, que requiere de un debate democrático serio, y que no debería contaminarse con la fuerza de las ideologías dominantes, ya sean éstas ultraliberales (insolidariamente interesadas en la privatización de los servicios sanitarios) o románticamente progresistas (tendientes a creer que los recursos son infinitos).

#### *Distribución versus maximización*

Dado que la equidad puede entrar en contradicción con la maximización del bien, se puede pensar que este segundo objetivo es más valioso que el primero. El utilitarismo tiende a hacer eso, y está más interesado en obtener la mayor cantidad social posible de utilidad (en nuestro caso, de salud agregada) aunque eso sea inequitativo.

Los argumentos contra esa tesis son ya numerosos y contundentes. El más importante de todos lo arguyó John Rawls (1978), aduciendo que la indiferencia distributiva del utilitarismo lo conduce a ignorar la separabilidad entre las personas. Si una persona lleva una vida miserable y es víctima de una enfermedad dolorosa, su situación deplorable no se elimina o se compensa aumentando la felicidad o la salud de otra persona. Si aceptamos que todas las

personas merecen una igual consideración y respeto<sup>4</sup>, no podemos ser indiferentes al enfoque distributivo.

Nadie puede dudar de las ventajas del enfoque maximizador aplicado a la salud. La amplia utilización de criterios maximizadores como los “años de vida ajustados por calidad” o AVAC es una muestra. Si una persona puede ganar más salud que otra de un mismo tratamiento con un mismo diagnóstico y tenemos recursos sólo para una de ellas, es razonable tener en cuenta favorablemente el criterio maximizador. Pero si la enfermedad no es igualmente grave o importante en ambos enfermos, entonces ya no está tan claro el papel que tiene que jugar la maximización. Tampoco no está clara la priorización de la maximización del AVAC cuando la capacidad de un enfermo para obtener beneficios sanitarios se debe a una discapacidad. Si dos enfermos tienen el mismo diagnóstico y necesitan el mismo tratamiento, pero el pronóstico de uno de ellos es peor a causa de una discapacidad congénita, negarle los recursos limitados significa añadir una desventaja inmerecida a la desventaja no-merecida<sup>5</sup> de su discapacidad (es lo que se conoce como *double jeopardy*).

Para superar la interpretación utilitarista del AVAC, autores como Alan Williams y Anthony Culyer han aplicado este criterio a consideraciones distributivas. Williams considera, por ejemplo, que la mejor manera de combinar la eficiencia de los criterios maximizadores con las consideraciones distributivas de la equidad en la provisión de asistencia sanitaria consiste en añadir un peso equitativo a los AVAC. Lo veremos después al hablar del argumento del *fair innings*.

### *Dos criterios de equidad*

---

<sup>4</sup> El utilitarismo puede argumentar que de hecho trata con igual consideración y respeto a las personas porque la utilidad que genera un individuo vale lo mismo que la utilidad de otro, pero esta defensa no supera la objeción general que le acusa de reducir las personas a meros recipientes de utilidad. A pesar de todo, podríamos pensar que esa igualdad utilitarista es ya una forma de equidad, pero eso juega de nuevo en contra del utilitarismo y no a su favor, ya que lo que entonces podemos concluir es que el utilitarismo contiene una concepción de la equidad demasiado reduccionista.

<sup>5</sup> Deberíamos distinguir entre no-merecido e inmerecido. Un hecho es inmerecido si es el resultado de una acción injustificada por parte de alguien. En cambio, un hecho es no-merecido si la víctima no ha hecho nada para merecerlo, aunque nadie haya participado responsablemente en su destino.

Supongamos que el racionamiento sanitario es inevitable, que no renunciamos a las consideraciones distributivas y que no compartimos el ideario neoliberal. ¿Qué criterio de equidad resulta, entonces, lo más coherente posible con nuestras convicciones igualitaristas dentro del conjunto de nuestras convicciones morales y teniendo en cuenta los costes de oportunidad de nuestras elecciones? En lo que queda de texto, muestro las dos concepciones con más peso dentro del igualitarismo de la salud: a) la priorización de los enfermos más graves y b) la disminución de las desigualdades de salud. Ambas tienen ventajas y desventajas respecto a la otra, y es imposible afirmar que una de ellas cumple todas nuestras expectativas. En cambio, podemos ser más modestos y plantearnos cuál de ellas respeta mejor las condiciones del equilibrio reflexivo, es decir, la que resulta más coherente con nuestras convicciones y principios generales.

*a) priorizar a los más graves*

La concepción de la equidad en la salud más tradicional dice que tenemos que priorizar a los enfermos más graves. Las principales objeciones a este criterio lo acusan de que *sistemáticamente* priorice a los más graves, independientemente de otras consideraciones relevantes. Creo, sin embargo, que estas críticas cogen la peor parte del argumento. Si es posible matizar el argumento general para impedir su sistematismo o su aparente ceguera a otras consideraciones morales, entonces el argumento se volverá menos antipático.

Los principales problemas del criterio de la gravedad son los siguientes. En primer lugar, en ocasiones resulta muy difícil saber quién está realmente más grave. Los médicos antiguos acostumbraban a decir que la medicina no es una ciencia exacta y, a pesar de la voluminosa presencia de las matemáticas en la medicina actual a través de la estadística, creo que esta intuición es aún pertinente hoy. No sólo es a veces técnicamente muy difícil determinar comparativamente la gravedad de las enfermedades, sino que las alternativas, como consultar a los propios enfermos, a la sociedad o dejarlo en manos del consenso entre los especialistas, también tiene problemas. En segundo lugar, y éste es el reproche más importante a la definición de necesidad como gravedad, nos topamos con su ineficiencia. Los enfermos más graves con una

efectividad reducida pueden acaparar la mayor parte de los recursos disponibles. Esta objeción es más conocida como la *Regla del rescate*: la equidad a partir de la gravedad está dispuesta a invertir todo lo que haga falta para tratar a los moribundos, impidiendo de esta manera el aprovechamiento de los recursos escasos para mejorar ostensiblemente la salud de muchos otros enfermos.

Para evitar la Regla del rescate, podemos acogernos a otra definición de la necesidad médica: no tiene más necesidad quien está más grave, sinó quien puede sacar más beneficio de los recursos sanitarios existentes (Culyer, 1998). Esta es una definición que incorpora el valor de los costes económicos de la atención sanitaria, lo que hace que a igualdad de efectividad un enfermo tenga más necesidad de los recursos sanitarios más baratos. No obstante, esta nueva definición de necesidad médica tiene algunos problemas. En primer lugar, parece, como mínimo, extraño que se diga que un enfermo no necesita atención médica por el solo hecho de que ésta no está disponible. La vacuna definitiva contra el SIDA todavía no se encuentra disponible, pero los enfermos infectados la necesitan, al menos necesitan que se investigue hasta dar con ella. En segundo lugar, también resulta extraña la concepción de la necesidad desligada del daño. Imaginemos que un individuo con una enfermedad grave que, a medida que ésta empeora, los tratamientos disponibles van perdiendo eficacia. Según la nueva concepción de necesidad, el enfermo cada vez necesita menos atención sanitaria.... ¡a pesar de que el daño aumenta! En cambio, tal vez a medida que la enfermedad remite, los tratamientos disponibles cada vez son más efectivos y económicos. Ahora necesita cada vez más la atención sanitaria que se le puede ofrecer. Pero resulta paradójico que la necesidad aumente a medida que el daño disminuye. En tercer lugar, resulta moralmente contraintuitivo que el sistema sanitario priorice a enfermos poco graves (y con una expectativa de mejoría alta) a enfermos más graves (y con una expectativa de mejoría más baja). Parece como si el sistema sanitario nos advirtiera de que cuanto más enfermos estamos, menos probabilidades tendremos de ser atendidos. En cuarto lugar, la nueva concepción de la necesidad puede caer en una priorización de los criterios maximizadores respecto de los distributivos. Esta última objeción, sin embargo, se intenta resolver con un nuevo criterio de equidad que veremos a continuación:

*b) el argumento del “fair innings”*

Alan Williams, siguiendo la estela de los defensores del criterio de necesidad como una capacidad de beneficio de los recursos sanitarios disponibles, ha elaborado un criterio de equidad intergeneracional a partir del argumento del *fair innings*, que consiste en disminuir la desigualdad de salud hasta que el número de AVAC esperados a lo largo de una vida es el mismo para todo el mundo. La idea intuitiva que hay detrás de este argumento es que las personas que han vivido menos con una calidad de vida menor tienen prioridad sobre las demás: “resulta una desgracia morir joven pero no es una tragedia morir viejo” (Williams, 1997, p. 119). Además, este criterio favorece a los miembros de las clases bajas y a los pobres del tercer mundo, que son los que más padecen la desigualdad de salud medida por la esperanza de vida ajustada por calidad de vida<sup>6</sup>. A pesar de esas innegables ventajas, el argumento adolece de algunos problemas.

*a/ Discrimina a los más viejos.* Al priorizar a los más jóvenes, el criterio de reducir la desigualdad de salud medida en AVAC perjudica a los más viejos. Podemos pensar, en cambio, que, en un contexto de obligado racionamiento, éste es un mal menor. De hecho, algunas encuestas confirman la predisposición, incluso de los más viejos, a sacrificarse por lo más jóvenes, así como una menor disposición, por parte de mucha gente mayor, a invertir en nuevas tecnologías muy caras para seguir con vida pero con una calidad de vida baja o muy baja (Johanneson i Johanson, 1997). Pero para todos aquellos que consideran que la vida tiene un valor intrínseco, resulta difícil asumir que la edad es *per se* un criterio de exclusión. Podemos pensar que las personas que mueren prematuramente no merecen su destino, pero de aquí no se deriva que los que tienen la suerte de vivir, o de poder vivir, muchos años sean –o se los convierta en la práctica- en los responsables de la desgracia de los otros, excepto que podamos encontrar una relación causal –y no sólo correlacional-

---

<sup>6</sup> La desigualdad en la esperanza de vida entre países ricos y pobres puede llegar a ser de 40 años. En España, “si las áreas más deprimidas tuvieran indicadores de mortalidad equivalentes a las áreas más ricas, cada año se podrían evitar las muerte de más de 35.000 personas” (Benach *et al.*, 2003).



entre los dos hechos. Por ejemplo, si los más ricos viven más años con más calidad de vida a costa de la salud de los más pobres, entonces la esperanza de vida más elevada de los ricos viejos es ilícita y existe una razón de justicia para priorizar a los jóvenes pobres.

b) *Discrimina a las mujeres*. A pesar incluso del machismo generalizado, las mujeres tienen una esperanza de vida más alta que los hombres (excepto en las sociedades donde el acceso de las mujeres a la atención sanitaria, y también a la nutrición, es mucho más pobre que la de los hombres). Entonces, un criterio que busca la reducción de la desigualdad de salud medida por los años de vida vividos, o previsiblemente vividos, discrimina automáticamente a las mujeres. Pero resulta moralmente contraintuitivo que las mujeres tengan que recibir peor atención sanitaria que los hombres hasta que la desigualdad de longevidad entre ambos sexos desaparezca. Como señala Amartya Sen al referirse a esta cuestión, el problema de los criterios de equidad en salud como el *fair innings* o la distribución de la atención sanitaria con el objetivo de obtener una igual distribución de la salud (Culyer i Wagstaff, 1993) es que contemplan nada más la obtención de salud al tratar la equidad, ignorando que “la equidad en salud es una disciplina más amplia e inclusiva, y que ningún criterio unifocal como el *fair innings* o la igual distribución de la salud no puede sino generar inquietudes relevantes” (Sen, 2002, p. 665). La ausencia de discriminación entre grupos a la hora de recibir atención sanitaria es un requisito tan relevante como la distribución de la salud al considerar la equidad sanitaria.

c) *Discrimina a los responsables*. Imaginemos una persona de 50 años con una enfermedad coronaria producto del tabaquismo, un trabajo estresante y un índice de colesterol muy elevado; y otra persona de 55 años que padece la misma afección cardíaca, aunque se ha cuidado toda la vida renunciando a muchas ventajas culinarias, sociales y económicas. Los dos han sido plenamente conscientes de los riesgos y los beneficios sanitarios de sus respectivos estilos de vida. El criterio del *fair innings* es indiferente a la responsabilidad personal a la hora de contraer la enfermedad y probablemente priorizaría al individuo más joven. Pero este resultado parece contraintuitivo una vez más. La equidad sanitaria no debería penalizar a los enfermos que han tenido cuidado de su salud y premiar a los irresponsables. Ésta es una objeción que también podemos remitir al criterio de la gravedad que hemos visto en el

apartado anterior. De alguna manera deberíamos incorporar el valor de la responsabilidad personal a los criterios de equidad sanitaria, a pesar de que los problemas prácticos y teóricos que se derivan de ello pueden hacer imposible esta empresa (Puyol, 2001).

d) *Discrimina a los más pobres*. Se trata, ésta vez, de una discriminación más sorprendente que las anteriores, sobre todo si tenemos en cuenta que una de las ventajas teóricas del criterio del *fair innings* es que permite reducir la desigualdad de salud que padecen las clases sociales más bajas. Imaginemos que un enfermo joven dispone de suficiente riqueza personal para sufragar los gastos sanitarios que necesita, mientras que su anciano vecino no. El criterio del *fair innings*, en un contexto de atención universal y gratuita, es indiferente al nivel adquisitivo de los individuos. El resultado es que atendería prioritaria y gratuitamente al joven. Pero esto representa una discriminación contra el anciano que, a diferencia del joven, no puede pagarse privadamente la atención sanitaria que necesita<sup>7</sup>. Este resultado se evitaría si el criterio del *fair innings* incluyese la información sobre el nivel adquisitivo de los individuos dentro de la equidad. Si lo hiciese, entonces, con el objetivo de reducir la desigualdad de salud, debería priorizar a los enfermos más pobres y no solamente a los que tienen más desigualdad de salud. Creo que esa inclusión es coherente con la finalidad del criterio pero que no está presente en su definición inicial, que quiere ser indiferente a cualquier otra variable que no sea el estado de salud<sup>8</sup>. Una vez más, se comprueba que las demandas de la equidad sanitaria van más allá de contemplar el estado de salud como única variable a tener en cuenta. Con todo, ésta es una objeción y una posterior solución que también son aplicables al criterio de la gravedad, como sugerí en otra ocasión (Puyol, 1999b).

e) *Discrimina a los que han vivido más privaciones*. Imaginemos que Antonio ha vivido la mayor parte de su vida en períodos de guerras y de

---

<sup>7</sup> El criterio del *fair innings* priorizaría probablemente a los habitantes de los EE.UU en vez de a los españoles, porque aquellos tienen en conjunto una esperanza de vida ajustada con calidad de vida más baja, aunque tienen una renta por cápita mucho más alta.

<sup>8</sup> Imaginemos ahora que el joven decide invertir su riqueza en una mejor calidad de vida para sus padres y sus hijos, y ya no le quedan suficientes recursos para la atención sanitaria que necesita. ¿Qué tendría que hacer entonces el criterio *del fair innings*? Si prioriza al joven, genera un incentivo peligroso a su conducta, pero si a pesar de todo prioriza al anciano, entonces está castigando injustificadamente la concepción del bien del joven, igualmente respetable en una sociedad plural.

posguerras, con un sacrificio personal muy importante, y únicamente con la suerte de seguir vivo con una salud de hierro a pesar de todo; y ahora imaginemos que Benito ha vivido siempre rodeado de privilegios sociales y económicos, sin demasiadas renunciadas personales obligadas por las circunstancias, excepto que su salud general no ha sido normalmente muy buena. Ahora los dos necesitan atención sanitaria en un contexto de racionamiento. Antonio tiene ya 60 años y Benito 55. El criterio del *fair innings* es indiferente a otra cosa que no sea el estado de salud y probablemente acabará priorizando a Benito<sup>9</sup>. Pero no parece que sea necesariamente la decisión más equitativa. La calidad de vida no es una variable que se deje reducir fácilmente a meros estados de salud, y la equidad sanitaria debería tener en cuenta no solamente la desigualdad de salud, sino también la desigualdad social y de recursos que conecta la salud con otros aspectos relevantes de la vida y de la calidad de vida de las personas. La salud es valiosa porque da bienestar y libertad a las personas, de manera que la equidad sanitaria debería tener como objetivo el igualar las oportunidades de acceso al bienestar y la libertad que la salud proporciona.

f) *Cae en la Regla del rescate*. Imaginemos a un joven enfermo que no ha llegado, debido a su juventud, al nivel medio de AVAC de la población (su *fair innings*), pero que puede conseguirlo con un tratamiento carísimo. Con el dinero de ese tratamiento podemos salvar la vida de 10 personas no tan jóvenes que ya han superado sus respectivos *fair innings*. Este criterio podría priorizar al joven y sacrificar a los otros 10. Pero este resultado también es víctima, en cierto modo, de la Regla del rescate. En esta ocasión, no rescata – como en el criterio de la gravedad- al viejo moribundo perjudicando así a muchos enfermos que pueden sacar mucho más provecho –en forma de salud agregada- de la atención sanitaria disponible, pero rescata igualmente a un solo individuo –que no es necesariamente el más necesitado desde el punto de vista de la gravedad- al mismo tiempo que perjudica –incluso deja morir- a otros enfermos. Tal cosa se produce porque a dicho criterio le interesa más el estado de salud de los individuos que los individuos mismos. De alguna

---

<sup>9</sup> También podemos imaginar que Antonio es en realidad Abdulah, un inmigrante magrebí que ha tenido una vida muy dura hasta que llegó, ya viejo, al continente europeo cruzando el estrecho de Gibraltar en patera, y ahora le dicen que no tiene motivos para quejarse de su situación, ya que Benito se merece más que lo ayudemos.

manera, no se toma completamente en serio la respetabilidad intrínseca o separabilidad de cada individuo, el hecho de que la salud de alguien no es intercambiable por la salud de otro. El origen utilitarista de los AVAC permanece incluso en su versión más equitativa.

g) *Tiene una concepción demasiado reduccionista de la equidad sanitaria.*

Hasta el momento hemos visto de forma desconectada que el criterio del *fair innings* cae en el error de considerar que la equidad sanitaria se puede lograr teniendo en cuenta únicamente los estados de salud (o bien la salud lograda o bien la capacidad de producir salud). La objeción actual ratifica que, de hecho, el objetivo de la equidad sanitaria tiene que ser más amplio: tiene que incluir la desigual capacidad social y económica de los individuos para sacar provecho de la salud. Imaginemos a dos personas con la misma edad, enfermedad y años y calidad de vida esperada de un tratamiento, pero sólo una de ellas es lo bastante rica como para pagarse la atención sanitaria que requiere o tiene los suficientes recursos educativos y sociales para optimizar la información y los recursos sociales y sanitarios que le rodean. No podemos decir que aquí no hay inequidad sanitaria, pero para afirmar eso necesitamos introducir otros elementos al margen de los estados de salud. Es evidente de que impedir que se pongan en funcionamiento las ventajas económicas y educativas de las personas puede igualar finalmente los estados de salud, pero eso ni sería eficiente (Pareto-eficiente) ni sería justo. Sin embargo, existe una alternativa más equitativa que ignorar esas ventajas no-merecidas. En el caso de las personas más ricas, resulta más equitativo que su riqueza ayude a pagar la atención sanitaria tanto de los más pobres como de los más ricos. En el caso de las personas con menos recursos educativos, resulta más equitativo que la sociedad los ayude a compensar dicha desventaja, por ejemplo con una asistencia social o sociosanitaria especial. Por tanto, la finalidad de la equidad sanitaria no es simplemente la reducción de la desigualdad de salud con una distribución más igualitaria de la salud y la atención sanitaria, sino la redistribución de los recursos colectivos con el fin de aumentar la salud de todos hasta igualar el bienestar y la libertad. La desigualdad de estados de salud, pese a ser un dato significativo, no nos proporciona toda la información que necesitamos para reducir la desigualdad de salud. Eso no significa substituir o diluir la equidad sanitaria dentro de una concepción más general de

equitat o de justicia social. La equidad sanitaria tiene valor en sí misma por la conexión privilegiada de la salud con el bienestar y la libertad de las personas. Así pues, la reducción de las desigualdades de salud es un objetivo bueno *per se*, que incluso contribuye a entender mejor la equidad social. Lo que estoy diciendo es que si queremos lograr dicho objetivo entonces es necesario ampliar la visión de lo que da derecho a tener prioridad en el acceso al sistema sanitario.

### *Conclusiones*

No es fácil saber en qué consiste exactamente la equidad sanitaria, sobre todo si el racionamiento es finalmente inevitable. De hecho, no parece que haya, al menos de momento, un único criterio que integre todas nuestras intuiciones morales. De todas maneras, tras analizar los pros y los contras de los argumentos de la gravedad y de la reducción de la desigualdad de salud, podemos sacar algunas conclusiones.

En primer lugar, ambos criterios tienen virtudes no compartidas, pero no parece que, en conjunto, la equidad como priorización de la gravedad tenga que ser desplazada por el argumento del *fair innings*, a pesar de que aquella debería resolver su principal defecto: la extrema ineficiencia de la Regla del rescate. Una forma de hacerlo es renunciando a una aplicación sistemática del criterio, es decir, a una aplicación indiferente al coste-beneficio. Ahora bien, ¿dónde situar la frontera de la ineficiencia aceptable? Para resolver este *trade-off* entre la equidad y la eficiencia podemos echar mano de la democracia. No puede ser de otra manera si aceptamos que la sociedad es legítimamente plural y que detrás de las concepciones de la justicia hay valores diferentes y, en ocasiones, incompatibles. La democracia, en este contexto, significa o bien promover un debate público y serio con todos los ciudadanos –una verdadera deliberación pública<sup>10</sup>, más allá de las demagogias ideológicas y populistas; más allá, por ejemplo, de la ingenuidad de afirmar que “la salud no tiene precio” o de las presiones de los partidos políticos para ganar las próximas elecciones-

---

<sup>10</sup> Para un análisis de los problemas de dejar las decisiones racionadoras en manos de la ciudadanía, ver Daniels (1993).

o bien, al mismo tiempo, definir consensuadamente unos procedimientos justos de toma de decisiones en temas de racionamiento (Daniels y Sabin, 2002).

En segundo lugar, la solución democrática está avalada por el hecho de que el racionamiento sanitario nos obliga a realizar elecciones trágicas, es decir, a elegir comparando bienes incomparables. Por ejemplo, imaginemos que disponemos de recursos únicamente para uno de estos dos tratamientos: o bien salvamos las piernas de una niña que ha sufrido un accidente o bien salvamos la vida de un anciano, que aún podría vivir un par de años más, aunque con una calidad de vida precaria. Si pensamos que la vida tiene más valor que la calidad de vida, no dudaremos en destinar los recursos a la recuperación del anciano. En cambio, podemos admitir y aceptar que muchas personas estamos dispuestas a intercambiar años de vida por calidad de vida en determinadas ocasiones. No obstante, también sabemos que si la elección entre vida y calidad de vida involucra a dos enfermos o más, podemos poner en peligro la separabilidad moral de las personas. Las decisiones sobre vida y calidad de vida en un mismo enfermo las podemos dejar a su propia conciencia (principio de autonomía). Tal vez el enfermo que decide sobre sí mismo tampoco tenga razones morales para elegir, pero sí razones vitales o de carácter. Ahora bien, ¿cómo comparar la vida de una persona con la calidad de vida de otra? Si no aceptamos el valor absoluto de la vida, resulta tan incomparable como decidir entre dos vidas. No podemos agregar y desagregar salud como si las personas se redujesen a meros estados de salud. Si no, ¿por qué resulta horrible redistribuir obligatoriamente los ojos y los riñones entre la población? Ante las inevitables e inaplazables elecciones trágicas, la verdadera democracia puede ser más útil que la ética de los expertos. En todo caso, la ética debe cumplir el papel de marginar las posibles elecciones injustas, es decir, aquellas que se toman contra una alternativa claramente mejor.

En tercer lugar, el análisis de la equidad sanitaria no puede utilizar el estado de salud como la única variable para reducir las desigualdades de salud o para priorizar la gravedad. Por una parte, la existencia de los condicionantes sociales de la salud nos obliga a pensar en la distribución de otros recursos además de los estrictamente médicos para satisfacer la equidad sanitaria. Por otra parte, del hecho de que “la salud tiene un precio” se deriva que si realmente queremos reducir las desigualdades de salud o que los más graves

reciban prioritariamente asistencia sanitaria, tenemos que considerar la falta de recursos generales de las personas como una variable de acceso prioritario a la sanidad. Los más pobres, por ejemplo, por el hecho de no poderse pagar la atención sanitaria que necesitan, deberían tener prioridad si su desasistencia los perjudica en la desigualdad de salud o en la atención de los más graves. Además, de esa manera ambos criterios de equidad se acaban encontrando. En otras palabras, deberían tener prioridad sanitaria los enfermos que acabarían teniendo prioridad bajo los dos criterios de equidad analizados, es decir, los enfermos más graves provenientes de las clases o los grupos sociales con una esperanza de vida menor.

La equidad sanitaria, por tanto, debe contemplar otras variables además del estado de salud. Debe en cuenta si se producen discriminaciones o no entre grupos, si existe equidad en la exposición a los condicionantes sociales de la salud y en el acceso al sistema sanitario, y si las personas tienen o no una igual capacidad u oportunidad de obtener calidad de vida a través de su salud. El objetivo es que la mala salud involuntaria no sea un impedimento para el bienestar y la libertad igual de todos. Lo que hay que igualar no es la salud *per se*, sino la calidad de vida global que la salud otorga. Una persona puede tener peor salud y menos edad que otra, pero tener más calidad de vida en conjunto (más bienestar y libertad). La equidad sanitaria ha de tener eso en cuenta si no quiere contribuir a aumentar, en vez de disminuir, la desigualdad global entre las personas.

## BIBLIOGRAFÍA

Benach, J. et al., *Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España*, diciembre de 2003.

Borrell, C. i Benach, J., *Les desigualtats socials en salut a Catalunya*, Fundació Jaume Bofill, 2002.

Culyer, A., "Need – is a consensus possible?", *Journal of medical ethics*, 24, 1998.

Culyer, A. i Wagstaff, A., "Equity and equality in health and health care", *Journal of health economics*, 12, 1993.

- Daniels, N., "Rationing fairly: programmatic considerations", *Bioethics*, vol. 7, n. 2/3, 1993.
- Daniels, N. i Sabin, J., *Setting limits fairly. Can we learn to share medical resources?*, Oxford University Press, 2002.
- Dworkin, R., *Virtud soberana*, Paidós, 2003.
- Johannesson, M. I Johanson, P.O., "Quality of life and the WTP for a increased life expectancy at an advanced age", *Journal of public economics*, 65, 1997.
- Puyol, A., *Justícia i salut*, Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona, 1999a.
- Puyol, A., "Ética y prioridades en la atención sanitaria" en G. López Casanovas i J. Callau (coords.), *XIX Jornadas de Economía de la Salud*, Zaragoza, 1999b.
- Puyol, A., "Responsabilidad y ciudadanía", *Laguna. Revista de Filosofía*, 9, 2001.
- Rawls, J., *Teoría de la justicia*, Fondo de cultura contemporánea, 1978.
- Sen, A., "Why health equity?", *Health economics*, 11, 2002.
- Smith, G.D, Frankel, S. i Ebrahim, S., "Rationing for health equity: is it necessary?", *Health economics*, 9, 2000.
- Williams, A., "Intergenerational equity: an exploration of the fair innings argument", *Health economics*, 6, 1997.



