

Polítiques sanitàries Equitat sanitària

Àngel Puyol González / Universitat Autònoma de Barcelona Departament de Filosofia

L'equitat és un dels objectius de la política sanitària, juntament amb la qualitat i l'eficiència. Però no sempre tenim clar què és l'equitat sanitària ni com resoldre les tensions inevitables amb els altres objectius esmentats. A més a més, en els últims temps proliferen els discursos que posen en dubte el manteniment de les prestacions sanitàries actuals, degut a un augment imparable de les despeses que no es veu compensat per un finançament que creixi a la mateixa velocitat. Les raons de l'encariment constant de la sanitat són múltiples, des de l'aparició de noves i sofisticades tecnologies fins a l'envelliment de la població, passant per una progressiva medicalització de la vida i per la medicina defensiva. La qüestió que vull tractar aquí és quina concepció de l'equitat sanitària és la més adequada en aquest nou context presidit per la paradoxa de disposar d'un creixent coneixement científic i mèdic que cada vegada costa més de finançar col·lectivament, amb la qual cosa molts malalts no podran rebre el tractament que necessiten.

Hauríem de distingir entre equitat en la salut i equitat en l'atenció sanitària. L'equitat en la salut s'aconsegueix disminuint les desigualtats de salut. En un context d'universalització d'accés al sistema sanitari com el nostre, la reducció de la desigualtat de salut no depèn tant de l'accés a les prestacions sanitàries com de la desigualtat socio-econòmica, el nivell d'estudis, la sobrecàrrega de treball de les dones, la precarietat laboral i les desigualtats geogràfiques, de manera que per evitar la desigualtat de salut hem de reduir les desigualtats socials, educatives, de gènere, laborals i de condicions de vida segons el territori (Borrell i Benach, 2002). És a dir, sense més justícia social no disminuïrem la desigualtat de salut. D'altra banda, l'equitat sanitària s'assoleix quan tothom és tractat amb igualtat en l'accés al sistema sanitari. Però, contra la creença habitual, la universalització de l'accés al sistema sanitari no garanteix l'equitat sanitària, i menys en un context de racionament com el que se'ns anuncia. En aquest text, vull parlar de l'equitat en l'atenció sanitària, la qual, contra l'opinió més estesa, està també estretament lligada a la justícia social.

Igualitarisme i distribució de recursos

Generalment, admetem que darrere del desig de distribuir correctament els recursos de la sanitat hi ha el principi d'igualtat. Hom vol tractar tots els malalts o als ciutadans potencialment malalts (com en la medicina preventiva) amb igualtat. Però, què significa això? I, a més a més, com hem de combinar les nostres intuïcions igualitaristes amb la presència dels costos d'oportunitat? Els economistes de la salut solen denunciar encertadament la ingenuïtat de pensar que la salut no té preu. En aquest text, intentaré suplir les mancances habituals dels enfocaments filosòfics en

aquest sentit, enfocaments, aquests últims, que d'altra banda són tan necessaris com igualment escassos entre la majoria dels economistes.

A parer meu, el compromís igualitarista en l'atenció sanitària conté quatre clàusules o requisits generals. En primer lloc, és un mandat igualitarista evitar el racionament si altres béns tant o més importants que la salut no estan en perill. Així, si considerem que l'obligació moral del sistema sanitari és tractar tots els malalts, hem de procurar tenir prou recursos per fer-ho. El racionament, per tant, no és un fet que es pugui assumir sense una justificació moral completa, i no només política o econòmica. En segon lloc, un igualitarista ha de prioritzar els criteris distributius als criteris merament maximitzadors, com l'utilitarisme. En tercer lloc, un igualitarista de la salut no ha de supeditar el valor de la salut al valor de la propietat individual; en altres paraules, el dret a l'atenció sanitària és prioritari al dret a la propietat privada quan ambdós drets entren en conflicte. Per exemple, si A ha de pagar els costos sanitaris que B necessita perquè només A pot fer-ho, i la salut d'A no es veu seriosament amenaçada per això, ho ha de fer. Finalment, si el racionament sanitari és inevitable per raons empíriques o morals, cal trobar un criteri d'equitat el més coherent possible amb el conjunt de les conviccions morals d'una societat liberal i igualitarista. Vegem cadascuna d'aquestes clàusules amb més detall.¹

Les raons del racionament legítim

Hi ha dues raons moralment acceptables per racionar els recursos sanitaris. D'una banda, els recursos poden ser empíricament insuficients. D'una altra, els recursos poden ser suficients per cobrir totes les necessitats sanitàries, però no per satisfer el conjunt de les necessitats de la població, de manera que el bé de la salut ha de competir amb altres béns, com l'educació, la defensa, les infraestructures o l'obtenció d'energia, per tal d'aconseguir els recursos escassos. En aquest cas, cal justificar moralment la distribució final dels recursos.

Respecte a la primera raó, existeix una mena d'acord generalitzat i poc discutit sobre la impossibilitat que els actuals sistemes sanitaris finançats públicament puguin atendre el conjunt de les necessitats sanitàries de la població. Fins i tot, hom afirma que la situació esdevindrà encara més greu amb l'envelliment progressiu de la població. No obstant això, Smith, Frankel i Ebrahim (2000)² han mostrat el seu escepticisme sobre aquesta hipòtesi general. Recolzats en les dades realment disponibles, denuncien que existeix poca evidència empírica que indiqui el nivell d'alarma actual. Els estudis sobre llistes d'espera i demandes d'hospitalització no mostren un col·lapse del sistema, sinó més aviat una mala gestió dels recursos disponibles. Així, quan les llistes d'espera d'un tractament determinat són més grans en una part del país, en unes altres són molt més curtes, i quan es gestiona de manera més eficaç la reducció de llistes d'espera especialment problemàtiques com les d'extracció de cataractes o pròtesis de maluc, es comprova que les llistes es redueixen sense gaires costos d'oportunitat. D'altra banda, les estadístiques no mostren un increment de la demanda d'hospitalitzacions en els últims anys, sinó, en algunes ocasions, fins i tot un descens. A banda d'això, les anàlisis cost-benefici a favor de la necessitat de racionament solen considerar el cost dels medicaments com una variable fixa, sense qüestionar la seva adequació real. Però se sap, per exemple, que el cost d'un medicament pot variar moltíssim en funció del país on s'aplica. La raó d'aquesta disparitat no és una altra que el desig d'enriquiment de la indústria farmacèutica, de manera que els costos per a la societat d'acceptar els enormes beneficis farmacèutics

són molt importants. Així, «si totes les persones entre 45-74 anys a la Gran Bretanya amb evidència clínica de malalties coronàries fossin tractades amb estatina –un medicament que a l'Índia costa gairebé vuit vegades menys que a GB– durant cinc anys, s'evitarien al voltant de 22.000 morts per aquesta causa» (p. 577). Si de veritat hom vol fer un debat sobre el racionament sanitari, hom ha de començar qüestionant els astronòmics beneficis de la indústria sanitària. El racionament actual sembla, doncs, més una conseqüència de les concessions polítiques a les forces econòmiques que de la situació real dels recursos disponibles.

Respecte a la segona raó per racionar, som davant novament d'una discussió ètica i política, i no només econòmica. És realment la salut un bé tan important que estem disposats a sacrificar la resta de necessitats si arriba el cas? La resposta és variable segons els individus i sobretot segons la seva situació vital. Enmig d'una malaltia greu, la majoria dels malalts semblen disposats a bescanviar bona part dels nostres recursos econòmics per l'atenció sanitària que necessitem, però quan no estem malalts les coses es veuen d'una altra manera. El fet és que la societat, tot i dedicar una bona part dels seus recursos a la sanitat (el pressupost sanitari és la partida més important, per exemple, del govern de la Generalitat de Catalunya), procura destinar prou recursos per a les altres necessitats socials. Ens hauríem de preguntar, no obstant això, si aquesta tendència continuaria igual si el racionament sanitari fos molt més acusat del que és actualment, si la societat se sentís desprotegida sanitàriament, si cregués efectivament trencat el pacte implícit de l'Estat del benestar. Un filòsof racionalista com Descartes assegurava que la salut era el bé humà més important de tots, la condició de qualsevol altre bé. Molts de nosaltres, en canvi, pensem que potser altres valors com la llibertat personal són, en determinats moments, fins i tot més importants que la salut; d'una altra manera no podríem entendre l'eutanàsia o la tendència de moltes persones a seguir estils de vida poc o gens saludables. Ronald Dworkin (2003) creu que el valor real de la salut el determina el ciutadà estàndard quan pren decisions redistributives sobre els seus recursos iguals tenint plenament consciència dels costos d'oportunitat. Creu, per exemple, que un jove a punt d'iniciar una vida familiar pròpia no invertiria en una assegurança sanitària tots els seus recursos, sinó que també en reservaria per a formació personal, educació dels fills, habitatge, etcètera. Prendre col·lectivament com a referència les decisions d'aquest ciutadà estàndard facilitaria trobar l'equilibri entre el desig de protegir-se contra la pèrdua de salut i els riscos que estem disposats a assumir en el conjunt d'una vida. En qualsevol cas, determinar el valor final que la societat ha de donar a la salut, atesos els costos d'oportunitat, és un assumpte eminentment moral i polític, que requereix d'un debat democràtic seriós, i que no hauria d'estar contaminat per la força de les ideologies dominants, ja siguin conservadores (insolidàriament interessades en la privatització dels serveis sanitaris) o romànticament progressistes (tendents a creure que els recursos són infinits).

Distribució versus maximització

Atès que l'equitat pot entrar en contradicció amb la maximització del bé, es pot pensar que aquest segon objectiu és més valuós que el primer. L'utilitarisme tendeix a fer això, i estar més interessat a obtenir la quantitat social més gran possible d'utilitat (en el nostre cas, de salut agregada) encara que això sigui inequitatiu.

Els arguments contra aquesta tesi són ja nombrosos i contundents. El més important de tots el va argüir John Rawls (1978), adduint que la indiferència distributiva

de l'utilitarisme el condueix a ignorar la separabilitat entre les persones. Si una persona porta una vida miserable i és víctima d'una malaltia dolorosa, la seva situació deplorable no es veu eliminada o compensada fent a una altra persona més feliç o més sana. Si acceptem que totes les persones mereixen una igual consideració i respecte,³ no podem ser indiferents a l'enfocament distributiu.

Ningú no pot dubtar dels avantatges de l'enfocament maximitzador aplicat a la salut. L'àmplia utilització de criteris maximitzadors com els «anys de vida ajustats amb qualitat» o AVAQ n'és una mostra. Si una persona pot guanyar més salut que una altra d'un mateix tractament amb un mateix diagnòstic i tenim recursos només per a una d'elles, és raonable tenir en compte favorablement el criteri maximitzador. Però si la malaltia no és igualment greu o important en els dos malalts, aleshores ja no és tan clar el paper que ha de jugar la maximització. Tampoc no és clara la prioritització de la maximització o de l'AVAQ quan la capacitat d'un malalt per obtenir beneficis sanitaris es deu a una discapacitat. Si dos malalts tenen el mateix diagnòstic i necessiten el mateix tractament, però el pronòstic d'un d'ells és pitjor a causa d'una discapacitat congènita, negar-li a aquest últim els recursos escassos és afegir un desavantatge immerescut al desavantatge no-merescut⁴ de la seva discapacitat (és el que es coneix com a double jeopardy).

Per superar la interpretació utilitarista de l'AVAQ, autors com Alan Williams i Anthony Culyer han aplicat aquest criteri a consideracions distributives. Williams considera, per exemple, que la millor manera de combinar l'eficiència dels criteris maximitzadors amb les consideracions distributives de l'equitat en la provisió d'assistència sanitària és afegir un pes equitatiu als AVAQ. Ho veurem de seguida en parlar de l'argument del fair innings.

Dos criteris d'equitat

Suposem que el racionament sanitari és inevitable, que no renunciem a les consideracions distributives i que no compartim l'ideari neoliberal. Quin criteri d'equitat resulta, aleshores, el més coherent possible amb les nostres conviccions igualitaristes dins el conjunt de les nostres conviccions morals i tenint en compte els costos d'oportunitat de les nostres eleccions? En el que queda de text, mostro les dues concepcions amb més pes dins l'igualitarisme: a) la prioritització dels malalts més greus i b) la disminució de les desigualtats de salut (com a criteri d'equitat sanitària i no només d'equitat en la salut). Totes dues tenen avantatges i desavantatges respecte a l'altra, i és impossible afirmar que una d'elles compleix totes les nostres expectatives. En canvi, podem ser més modestos i plantejar-nos quina respecta millor les condicions de l'equilibri reflexiu, és a dir, la que resulta més coherent amb les nostres conviccions i principis generals.

a) Prioritzar els més greus

La concepció de l'equitat sanitària més tradicional diu que hem de prioritzar els malalts més greus. Les principals objeccions a aquest criteri l'acusen de que sistemàticament prioritzi als més greus, independentment d'altres consideracions rellevants. Crec, però, que aquestes crítiques agafen la part pitjor de l'argument. Si és possible matisar l'argument general per impedir el seu sistematisme o la seva aparent ceguesa a altres consideracions morals, aleshores l'argument es tornarà menys antipàtic.

Els principals problemes del criteri de la gravetat són els següents. En primer lloc, en ocasions resulta molt difícil saber qui està realment més greu. Els metges antics acostumaven a dir que la medicina no és una ciència exacta i, tot i la voluminosa presència de les matemàtiques en la medicina actual a través de l'estadística, crec que aquesta intuïció encara és pertinent avui. No només és, de vegades, tècnicament molt difícil determinar comparativament la gravetat de les malalties, sinó que les alternatives, com ara consultar els propis malalts, la societat o deixar-ho en mans del consens entre els especialistes també té problemes. En segon lloc, i aquest és el tret més important a la definició de necessitat com a gravetat, trobem la seva ineficiència. Els malalts més greus poden ser els que tenen menys oportunitats de beneficiar-se de l'èxit sanitari a un cost més alt. Aquesta objecció és més coneguda com la Regla del rescat: l'equitat a partir de la gravetat està disposada a invertir tot el que calgui per tractar els moribunds, impedit d'aquesta manera l'aprofitament dels recursos escassos per millorar ostensiblement la salut de molts altres malalts.

Per evitar la Regla del rescat, podem acollir-nos a una altra definició de necessitat mèdica: no té més necessitat qui està més greu, sinó qui pot treure més benefici dels recursos sanitaris existents (Culyer, 1998). Aquesta és una definició que incorpora el valor dels costos econòmics de l'atenció sanitària, la qual cosa fa que a igualtat d'efectivitat un malalt té més necessitat dels recursos sanitaris més barats. No obstant això, aquesta nova definició de necessitat mèdica té alguns problemes. En primer lloc, sembla com a mínim estrany que es digui que un malalt no necessita atenció mèdica pel sol fet que no està disponible. La vacuna definitiva contra la SIDA encara no està disponible, però els malalts infectats la necessiten, almenys necessiten que s'investigui fins trobar-la. En segon lloc, també resulta estranya una concepció de la necessitat deslligada del dany. Imaginem un individu amb una malaltia greu que, a mesura que empitjora, els tractaments disponibles van perdent eficàcia. Segons la nova concepció de necessitat, el malalt cada vegada necessita menys l'atenció sanitària... tot i que el dany augmenta! En canvi, a mesura que la malaltia va remetent, els tractaments disponibles cada vegada són més efectius i barats. Ara, cada vegada necessita més l'atenció sanitària que se li pot oferir. Però resulta paradoxal que la necessitat augmenti a mesura que el dany disminueix. En tercer lloc, resulta moralment contraintuïtiu que el sistema sanitari prioritzi malalts poc greus (i amb una expectativa de millora alta) a malalts més greus (i amb una expectativa de millora més baixa). Sembla com si el sistema sanitari ens advertís que com més malalts estem menys probabilitats tindrem de ser atesos. En quart lloc, la nova concepció de la necessitat pot caure en una prioritització dels criteris maximitzadors respecte als distributius. Aquesta última objecció, però, s'intenta resoldre amb un nou criteri d'equitat que veiem a continuació.

b) L'argument del «fair innings»

Alan Williams, seguint l'estela dels defensors del criteri de necessitat com a capacitat de benefici dels recursos sanitaris disponibles, ha elaborat un criteri d'equitat intergeneracional a partir de l'argument del fair innings, que consisteix a disminuir la desigualtat de salut fins que el nombre d'AVAQ esperats al llarg d'una vida sigui el mateix per tothom. La idea intuïtiva que hi ha darrera d'aquest argument és que les persones que han viscut menys amb una qualitat de vida menor tenen prioritat sobre les altres: «resulta una desgràcia morir jove però no és una tragèdia morir de vell» (Williams, 1997, p. 119). A més a més, aquest criteri afavoreix els membres de les classes baixes i els pobres del tercer món, que són els que més pateixen la desigualtat

de salut mesurada per l'esperança de vida ajustada amb qualitat de vida.⁵ No obstant aquests innegables avantatges, l'argument pateix alguns problemes.

a) Discrimina els més vells. En prioritzar els més joves, el criteri de reduir la desigualtat de salut mesurada en AVAQ perjudica els més vells. Podem pensar, en canvi, que, en un context d'obligat racionament, aquest és un mal menor. De fet, algunes enquestes confirmen la predisposició, fins i tot dels més vells, a sacrificar-se pels més joves, així com una menor disposició, per part de la gent molt gran, a invertir en noves tecnologies molt cares per seguir amb vida però amb una qualitat de vida baixa o molt baixa (Johannesson i Johanson, 1997). Però, per tots aquells que pensen que la vida té un valor intrínsec, resulta difícil d'assumir que l'edat és per se un criteri d'exclusió. Podem pensar que les persones que moren prematurament no mereixen el seu destí, però d'aquí no es deriva que els que tenen la sort de viure o de poder viure molts anys siguin –o se'ls converteixi en la pràctica– en els responsables de la desgràcia dels altres, llevat que puguem trobar una relació causal –i no només correlacional– entre tots dos fets. Per exemple, si els més rics viuen més anys amb més qualitat de vida a costa de la salut dels més pobres, aleshores l'esperança de vida més elevada dels vells rics és il·lícita i existeix una raó de justícia per prioritzar els joves pobres.

b) Discrimina les dones. A pesar fins i tot del masclisme generalitzat, les dones tenen una esperança de vida més alta que els homes (excepte en les societats on l'accés de les dones a l'atenció sanitària, però també a la nutrició, és molt més pobre que la dels homes). Aleshores, un criteri que busca la reducció de la desigualtat de salut mesurada pels anys de vida viscuts o previsiblement viscuts discrimina automàticament les dones. Però resulta moralment contraintuïtiu que les dones hagin de rebre pitjor atenció sanitària que els homes fins que la desigualtat de longevitat entre ambdós sexes desaparegui. Com assenyala Amartya Sen en referir-se a aquesta qüestió, el problema dels criteris d'equitat en salut com el fair innings o la distribució de l'atenció sanitària amb l'objectiu d'obtenir una igual distribució de la salut (Culyer i Wagstaff, 1993) és que contempen només l'obtenció de salut en tractar l'equitat, ignorant que «l'equitat en salut és una disciplina més àmplia i inclusiva i que cap criteri unifocal com el fair innings o la igual distribució de la salut no pot sinó generar inquietuds rellevants» (Sen, 2002, p. 665). L'absència de discriminació entre grups a l'hora de rebre atenció sanitària és un requisit tan rellevant com la distribució de la salut en considerar l'equitat sanitària.

c) Discrimina els responsables. Imaginem una persona de 50 anys amb una malaltia coronària producte del tabaquisme, una feina estressant i un índex de colesterol molt elevat, i una altra persona de 55 anys que pateix el mateix problema cardíac, tot i que s'ha cuidat tota la vida renunciant a molts avantatges culinàries, socials i econòmics. Tots dos han estat des de sempre plenament conscients dels riscos i els beneficis sanitaris dels seus respectius estils de vida. El criteri del fair innings és indiferent a la responsabilitat personal en l'adquisició de la malaltia i probablement prioritzaria l'individu més jove. Però aquest resultat sembla contraintuïtiu una vegada més. L'equitat sanitària no hauria de penalitzar els malalts que han tingut cura de la seva salut i premiar els irresponsables. Aquesta és una objecció que també podem adreçar al criteri de la gravetat que hem vist en l'apartat anterior. D'alguna manera hauríem d'incorporar el valor de la responsabilitat personal als criteris d'equitat sanitària, tot i que els problemes pràctics i teòrics que això suposa poden fer impossible l'empresa (Puyol, 2001).

d) Discrimina els més pobres. Es tracta, aquesta vegada, d'una discriminació més sorprenent que les anteriors, sobretot si tenim en compte que un dels avantatges del criteri del fair innings és que permet reduir la desigualtat de salut que pateixen les

classes socials més baixes. Imaginem que un malalt jove disposa de suficient riquesa personal per sufragar les despeses sanitàries que necessita, mentre que el seu ancià veí no. El criteri del fair innings, en un context d'atenció universal i gratuïta, és indiferent al nivell adquisitiu dels individus. El resultat és que atendria prioritàriament i gratuïta el jove. Però això representa una discriminació contra l'ancià, que, a diferència del jove, no pot pagar-se privatament l'atenció sanitària que necessita.⁶ Aquest resultat s'evitaria si el criteri del fair innings inclogués la informació sobre el nivell adquisitiu dels individus dins l'equitat. Si ho fes, aleshores, amb l'objectiu de reduir la desigualtat de salut, hauria de prioritzar els malalts més pobres i no només als que tenen més desigualtat de salut. Crec que aquesta inclusió és coherent amb la finalitat del criteri, però no està present en la seva definició inicial, que vol ser indiferent amb una altra variable que no sigui l'estat de salut.⁷ Una vegada més, es comprova que les demandes d'equitat sanitària van més enllà de contemplar l'estat de salut com a única variable a tenir en compte. Tot plegat, aquesta és una objecció i una posterior solució que també són aplicables al criteri de la gravetat, com vaig suggerir en una altra ocasió (Puyol, 1999b).

e) Discrimina els que han viscut privacions. Imaginem que l'Antoni ha viscut la major part de la seva vida en períodes de guerres i de postguerres, amb un sacrifici personal molt important, i únicament amb la sort de seguir viu amb una salut de ferro malgrat tot; i ara imaginem que en Benet ha viscut sempre envoltat de privilegis socials i econòmics, sense gaires renúncies personals obligades per les circumstàncies, llevat que la seva salut general no ha estat normalment massa bona. Ara tots dos necessiten atenció sanitària en un context de racionament. L'Antoni té 60 anys i en Benet 55. El criteri del fair innings és indiferent a una altra cosa que no sigui l'estat de salut i probablement acabarà prioritzant en Benet.⁸ Però no sembla que sigui necessàriament la decisió més equitativa. La qualitat de vida no és una variable que es deixi reduir fàcilment a mers estats de salut, i l'equitat sanitària hauria de tenir en compte no només la desigualtat de salut sinó també la desigualtat social i de recursos que connecta la salut amb altres aspectes rellevants de la vida i la qualitat de vida de les persones. La salut és valuosa perquè dona benestar i llibertat a les persones, de manera que l'equitat sanitària hauria de tenir com a objectiu igualar les oportunitats d'accés al benestar i a la llibertat que la salut proporciona.

f) Cau en la Regla del rescat. Imaginem un jove malalt que no ha assolit, degut a la seva joventut, el nivell mitjà d'AVAQ de la població (el seu fair innings), però pot assolir-lo amb un tractament caríssim. Amb els diners d'aquest tractament podem salvar la vida de 10 persones no tan joves que ja han superat els seus respectius fair innings. Aquest criteri normalment prioritzaria el jove i sacrificaria els altres 10. Però aquest resultat també és víctima, en certa manera, de la Regla del rescat. En aquesta ocasió, no rescata –com fa el criteri de la gravetat– al vell moribund perjudicant així molts malalts que poden treure molt més profit –en forma de salut agregada– de l'atenció sanitària disponible, però rescata igualment un sol individu –que no és necessàriament el més necessitat des del punt de vista de la gravetat– tot perjudicant –fins i tot deixant morir– altres malalts. Això es produeix perquè a aquest criteri li interessa més l'estat de salut dels individus que els individus mateixos. D'alguna manera, no es pren del tot seriosament la respectabilitat intrínseca o separabilitat de cada individu, el fet que la salut d'algú no és bescanviable per la salut d'un altre. L'origen utilitarista dels AVAQ roman fins i tot en la seva versió més equitativa.

g) Té una concepció massa reduccionista de l'equitat sanitària. Fins ara hem vist de forma desconnectada que el criteri del fair innings cau en l'error de considerar que l'equitat sanitària es pot assolir tenint en compte únicament els estats de salut (o bé la salut aconseguida o bé la capacitat de produir salut). L'objecció actual ratifica que, de

fet, l'objectiu de l'equitat sanitària ha de ser més ampli: ha d'incloure la desigual capacitat social i econòmica dels individus per treure profit de la salut. Imaginem dues persones amb la mateixa edat, malaltia i anys i qualitat de vida esperada d'un tractament, però només una d'elles és prou rica per pagar-se l'atenció sanitària que necessita o té prou recursos educatius i socials per optimitzar la informació i els recursos socials i sanitaris del seu voltant. No podem dir que aquí no hi ha inequitat sanitària, però per afirmar això necessitem introduir altres elements fora dels estats de salut. És evident que impedir que es posin en funcionament els avantatges econòmics i educatius de les persones pot igualar finalment els estats de salut, però això ni seria eficient (Pareto-eficient) ni seria just.⁹ Però existeix una alternativa més equitativa que no ignorar aquests desavantatges no-merescuts. En el cas de les persones més riques, resulta més equitatiu que la seva riquesa ajudi a pagar l'atenció sanitària tant dels més pobres com dels més rics. En el cas de les persones amb menys recursos educatius, resulta més equitatiu que la societat els ajudi a compensar aquest desavantatge, per exemple amb una assistència social o sòcio-sanitària especial. Per tant, la finalitat de l'equitat sanitària no és simplement reduir la desigualtat de salut amb una distribució més igualitària de la salut i l'atenció sanitària, sinó redistribuir els recursos col·lectius per tal d'augmentar la salut de tots fins igualar el benestar i la llibertat. La desigualtat d'estats de salut, tot i ser una dada significativa, no ens proporciona tota la informació que necessitem per reduir la desigualtat sanitària. Això no significa substituir o diluir l'equitat sanitària dins una concepció més general d'equitat o de justícia social. L'equitat sanitària té valor en si mateixa per la connexió privilegiada de la salut amb el benestar i la llibertat de les persones. Així doncs, la reducció de les desigualtats de salut és un objectiu bo per se, que fins i tot contribueix a entendre millor l'equitat social. El que estic dient és que per tal d'assolir-lo cal ampliar la visió del que dona dret a tenir prioritat en l'accés al sistema sanitari.

Conclusions

No és gens fàcil saber en què consisteix exactament l'equitat sanitària, sobretot si el racionament és finalment inevitable. De fet, no sembla que hi hagi, almenys fins ara, un únic criteri que integri totes les nostres intuïcions morals. Tanmateix, després d'analitzar els pros i els contres dels arguments de la gravetat i de la reducció de la desigualtat de salut, podem treure algunes conclusions.

En primer lloc, tots dos criteris tenen virtuts no compartides, però no em sembla que, en conjunt, l'equitat com a prioritització de la gravetat hagi de ser desplaçada per l'argument del fair innings, tot i que aquella hauria de resoldre el seu principal defecte: l'extrema ineficiència de la Regla del rescat. Una manera de fer-ho és renunciar a una aplicació sistemàtica del criteri, és a dir, a una aplicació indiferent al cost-benefici. Ara bé, on situar la frontera de la ineficiència acceptable? Per resoldre aquest trade-off entre l'equitat i l'eficiència podem recórrer a la democràcia. No pot ser d'una altra manera si acceptem que la societat és legítimament plural i que darrera de les concepcions de la justícia hi ha valors diferents i, de vegades, incompatibles. La democràcia, en aquest context, vol dir o bé endegar un debat públic i seriós amb tots els ciutadans –una veritable deliberació pública,¹⁰ més enllà de les demagògies ideològiques i populistes, més enllà, per exemple, de la ingenuïtat d'afirmar que «la salut no té preu» o de les pressions dels partits polítics per guanyar les properes eleccions– o bé, al mateix temps, definir consensuadament uns procediments justos de presa de decisions en temes de racionament (Daniels i Sabin, 2002).

En segon lloc, la solució democràtica ve avalada pel fet que el racionament sanitari ens obliga a fer eleccions tràgiques, és a dir, a elegir tot comparant béns incomparables. Per exemple, imaginem que tenim recursos només per un d'aquests dos tractaments: o bé salvem les cames d'una nena que ha patit un accident o bé salvem la vida d'un ancià, que encara podria viure uns anys més. Si pensem que la vida té més valor que la qualitat de vida, no dubtarem a destinar els recursos a l'ancià. En canvi, sabem que moltes persones estem disposades a bescanviar anys de vida per qualitat de vida en determinades ocasions. Tanmateix, si l'elecció entre vida i qualitat de vida s'ha de fer entre dues persones o més, podem posar en perill la separabilitat moral de les persones. Les decisions sobre vida i qualitat de vida en un mateix malalt les podem deixar a la seva pròpia consciència (principi d'autonomia). És possible que el malalt que decideix sobre si mateix tampoc tingui raons morals per elegir, però sí raons vitals o de caràcter. Ara bé, com comparar la vida d'una persona amb la qualitat de vida d'una altra? És tan incomparable com decidir entre les vides de dues persones. No podem agregar i desagregar salut com si les persones es reduïssin a mers estats de salut. Si no, per què resulta horrible redistribuir obligatòriament els ulls i els ronyons entre la població? Davant de les inevitables i inajornables eleccions tràgiques, la vertadera democràcia pot ser més útil que l'ètica dels experts. En tot cas, l'ètica ha de complir el paper de marginar les possibles eleccions immorals, és a dir, aquelles que es prenen contra una alternativa clarament més bona.

En tercer lloc, l'anàlisi de l'equitat sanitària no pot utilitzar l'estat de salut com a única variable per reduir les desigualtats de salut o per prioritzar la gravetat. D'una banda, l'existència dels condicionants socials de la salut ens obliga a pensar en la distribució d'altres recursos, a més a més dels sanitaris, per satisfer l'equitat sanitària. D'altra banda, del fet que «la salut té un preu» se'n deriva que, si realment volem reduir les desigualtats de salut o que els més greus rebin prioritàriament assistència sanitària, hem de considerar la falta de recursos generals de les persones com a una variable d'accés prioritari a la sanitat pública. Els més pobres, per exemple, pel fet de no poder-se pagar l'atenció sanitària que necessiten, han de tenir prioritat si la seva desassistència els perjudica en la desigualtat de salut o en l'atenció dels més greus. A més a més, d'aquesta manera els dos criteris d'equitat analitzats s'acaben trobant. En altres paraules, haurien de tenir prioritat sanitària els malalts que acabarien tenint prioritat sota els dos criteris d'equitat esmentats, és a dir, els malalts més greus provinents de les classes socials més desfavorides.

L'equitat sanitària, per tant, ha de contemplar altres variables a més a més de l'estat de salut. Ha de tenir en compte si es produeixen discriminacions o no entre grups, si existeix equitat en l'exposició als condicionants socials de la salut i en l'accés al sistema sanitari, i si les persones tenen o no una igual capacitat o oportunitat d'obtenir qualitat de vida a través de la seva salut. L'objectiu és que la mala salut involuntària no sigui un impediment per al benestar i la llibertat igual de tothom. El que s'ha d'igualar no és la salut per se, sinó la qualitat de vida global que la salut atorga. Una persona pot tenir pitjor salut i menys edat que una altra però tenir més qualitat de vida en conjunt (més benestar i més llibertat). L'equitat sanitària ha de tenir això en compte si no vol contribuir a augmentar, en comptes de disminuir, la desigualtat global entre les persones.

¹ El tercer requisit o clàusula no el tracto aquí per falta d'espai (Puyol, 1999a).

² Les dades que utilitzen estan referides al NHS britànic, un sistema sanitari universal i gratuït com el nostre.

³ L'utilitarisme pot argumentar que de fet tracta amb igual consideració i respecte a les persones perquè la utilitat que genera un individu val el mateix que la utilitat d'un altre, però aquesta defensa no supera l'objecció general que l'acusa de reduir les persones a mers recipients d'utilitat. Malgrat tot, podríem pensar que aquesta igualtat de l'utilitarisme és ja una forma d'equitat, però això juga una vegada més en contra de l'utilitarisme i no al seu favor, ja que el que aleshores podem concloure és que l'utilitarisme conté una concepció de l'equitat massa reduccionista.

⁴ Hauríem de distingir entre no-merescut i immerescut. Un fet és immerescut si és el resultat d'una acció injustificada per part d'algué. En canvi, un fet és no-merescut si la víctima no ha fet res per merèixer-lo, encara que ningú no hagi participat responsablement en el seu destí.

⁵ La desigualtat en l'esperança de vida entre països rics i pobres pot arribar a ser de 40 anys. A Espanya, «si les àrees més deprimides tinguessin indicadors de mortalitat equivalents a les àrees més riques, cada any es podrien evitar la mort de més de 35.000 persones» (Benach et al., 2003).

⁶ El criteri del fair innings prioritzaria probablement els habitants dels EE.UU. en comptes dels espanyols, perquè aquells tenen en conjunt una esperança de vida ajustada amb una qualitat de vida més baixa, tot i que tenen una renda per càpita molt més alta.

⁷ Imaginem ara que el jove decideix invertir la seva riquesa en una millor qualitat de vida per als seus pares i els seus fills, i ja no li queden prou recursos per a l'atenció sanitària que necessita. Què hauria de fer ara el criteri del fair innings? Si prioritza el jove, genera un incentiu perillós a la seva conducta, però si malgrat tot prioritza el vell aleshores està castigant injustificadament la concepció del bé del jove, igualment respectable en una societat plural.

⁸ També podem imaginar que l'Antoni és en realitat l'Abdulah, un immigrant magrebí que ha portat una vida molt dura fins arribar ja vell al continent europeu creuant l'estret de Gibraltar amb pastera, i ara li diuen que no té motius per queixar-se de la seva situació, ja que el Benet es mereix més que l'ajudem.

⁹ Cauria en l'objecció del levelling down. Imaginem que una catàstrofe natural assoleix el barri ric de la ciutat on viuen els habitants amb l'esperança de vida més alta de la societat. Sense una atenció sanitària adequada, l'esperança de vida d'aquests individus caurà al nivell de l'esperança de vida dels habitants més pobres. Per a un igualitarista estricte, l'elecció correcta seria denegar l'assistència sanitària als més rics després de la catàstrofe. Però aquesta recomanació a més a més d'ineficient és horrible. Altres conseqüències igualment horribles de l'igualitarisme estricte serien la imposició que les persones que tenen una vista esplèndida donessin un ull als cecs o que els ronyons també es distribueixin amb la finalitat de maximitzar el nombre de vides salvades. Per evitar aquests resultats cal alguna cosa més que l'igualitarisme estricte de la salut o l'eficiència. Necessitem una concepció filosòfica de l'individu com a ésser amb uns drets individuals no bescanviables amb els interessos i les necessitats d'altres individus. El límit precís d'aquests drets és el que està en joc en el conflicte entre equitat i eficiència sanitàries.

¹⁰ Per a una anàlisi dels problemes de deixar les decisions racionadores en mans de la ciutadania, veure Daniels (1993).

BIBLIOGRAFIA

- 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, Barcelona, 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, Barcelona, 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 Casasnovas 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.