

Polítiques sanitàries

Priorització, recursos sanitaris y gasto social

Guillem López Casasnovas / Catedrático de Economía Pública. Universitat Pompeu Fabra

El presente texto ofrece una valoración complementaria a la conferencia pronunciada por el autor en la Fundación Rafael Campalans,¹ recogido posteriormente en un texto publicado en la serie de Gobierno y Gestión Pública como documento de trabajo número 2, UPF-ESADE UAB.² Por ello se ha tratado de no reincidir en los argumentos, suficientemente conocidos y al alcance del lector, sino de desarrollar los puntos más destacados de la reflexión que trata de relacionar la lógica de la priorización sanitaria, y del gasto social en general, con la lógica política de su dificultad de implementación práctica en la política sanitaria adoptada por los poderes públicos. Para ello defenderemos en este texto la necesidad de adoptar una visión amplia de «ganadores y perdedores» en la asignación del conjunto de la política social, resultado de una determinada estrategia de priorización de entre las aquí analizadas, desenrocando de este modo el gasto sanitario de su aislamiento en el conjunto del gasto social.

I. Introducción: la priorización, aunque compleja, no es el mayor problema

Una correcta priorización de una asignación social de recursos puede derivarse, de modo resumido, y siguiendo algunas de la más recientes aportaciones de D. Callaway,³ de las cuatro estrategias siguientes:

- 1- Identificación de necesidades con el mantenimiento de criterios no ordenados en su tratamiento. Se trata de la forma más común de establecimiento de prioridades, sobre la base de la percepción de necesidades, ya sea de manera colectiva o individualmente. Las opciones se concretan en el abordaje de enfermedades concretas, de sus factores de riesgo y de sus determinantes de salud. Los criterios, sin embargo, no se jerarquizan para su puesta en práctica en las políticas sanitarias respectivas (así, por ejemplo, en el caso del National Institute of Health estadounidense.) En su ámbito de aplicación global, o internacional entre países, dicha aproximación crea un sesgo de priorización entre países más y menos desarrollados que suele ser importante: en estos últimos, los aspectos relativos a infecciones respiratorias agudas, tuberculosis e investigación en salud reproductiva suelen destacar sobre aquellos otros aspectos relativos a las apreciaciones subjetivas y cualitativas de los procesos mórbidos, más considerados comúnmente en países desarrollados. Ello deriva de que no sólo la mortalidad está implícita,

como es sabido, en el criterio de necesidad; también la morbilidad y la carga social de las patologías importan.

Este tipo de abordaje de la priorización de las actuaciones sanitarias tiene como ventaja principal el permitir un juicio prudente y políticamente flexible. Más que una priorización esta estrategia supone una respuesta a las preguntas del tipo «esto es lo que nosotros pensamos cuando decidimos». Entre dichas valoraciones, sobresalen las relativas al número de gente afectada, los desenlaces fatales producidos, el nivel de discapacidad al que se asocian, el grado en el que la enfermedad acorta expectativas vitales de otro modo «normales», productivas y confortables; a los costes económicos y sociales de la enfermedad, y a la urgencia de la actuación destinada a controlar la propagación del problema de salud. Sin embargo, este sistema no permite distinguir entre criterios más y menos importantes o reconciliar los conflictos entre ellos cuando inevitablemente surjan en un proceso de priorización.

- 2- Ordenación de criterios generales. Dicho método (con los países escandinavos como ejemplo más paradigmático) establece criterios generales y jerarquiza condiciones médicas concretas para la asistencia sanitaria. Desde dicha perspectiva, el tratamiento de las enfermedades agudas que conducen a discapacidades permanentes y prematuras suelen resultar prioritarias, así como el cuidado de los crónicos y el cuidado paliativo terminal. A veces las urgencias psiquiátricas y las complicaciones del parto aparecen también en la parte alta de la lista. Al contrario, fácilmente, medidas preventivas y la terapia física general se suelen situar en la parte baja de la lista de prioridades políticas. Para los clínicos, la rehabilitación es insuficientemente priorizada en dicha aproximación. Los daneses (The Danish Council of Ethics) rechazan la propuesta sueca y noruega, tildándola de demasiado general para que pueda ser útil en el ámbito clínico. Sin embargo, la ventaja de esta estrategia de priorización de criterios generales es que es fácil de entender, opera de manera flexible y tiende a ser aceptable para los profesionales médicos. Entre sus desventajas cabe destacar la amplia posibilidad de desacuerdo cuando los criterios se aplican al caso concreto, con supuestos complicados, como los del tratamiento de la infertilidad, y a la vista del distinto impacto económico de las categorías creadas.
- 3- Rankings numéricos de las diversas condiciones médicas, dentro de criterios generales (caso de Oregón, para Medicaid.) Más de 700 condiciones son agrupadas en torno a criterios principales tales como esencial –que incluye condiciones «agudas mortales» asistencia maternal y de servicios reproductivos; muy importante, que acompaña a condiciones agudas y crónicas no mortales; valiosas, para algunos individuos con servicios de infertilidad y terapias médicas virales, como ejemplos más destacados.
- 4- Ordenaciones resultantes de técnicas económicas. Se trata de formulaciones generalmente cuantitativas para la asignación de recursos. La carga de la enfermedad (coste, mortalidad y discapacidad, por ejemplo, pueden ser algunas de sus unidades de cuenta), o los Años de Vida Ajustados por Calidad (de modo que un tratamiento que produzca una baja calidad relativa de vida por unos pocos años –tal como la diálisis renal para ancianos– se

rankearía muy por debajo, previsiblemente, de procedimientos de inmunización infantil), o de los años de vida ajustados por discapacidad. Para ello resulta de lo más controvertido el asignar pesos a las variables clave, y valorar los resultados de la ordenación a la vista de los colectivos poblacionales de mayor riesgo afectados; y básicamente, de los ancianos frente a los jóvenes.

II. La identificación de colectivos afectados, y el traslado de sus intereses a la acción colectiva, como problema mayor

El traslado de dichos argumentos a colectivos poblacionales permite identificar, siguiendo de nuevo a Callaway (ob.cit.), los ámbitos siguientes:

- a) La infancia y adolescencia. La mayor parte de los problemas de salud que aún permanecen para este colectivo tiene que ver con las dañinas condiciones económicas y sociales en las que viven, y no con el tipo de cuestiones que acostumbra a focalizar la investigación estrictamente sanitaria. Así, destaca Callaway como las enfermedades del corazón mataron en 1998, en EE.UU., 214 niños entre uno y cuatro años, mientras que por homicidios la cifra fue, para este colectivo, de 399. «En ese mismo año, mil niños entre 5 y 14 años murieron por cáncer, mientras que 777 fueron asesinados o se suicidaron.» En este sentido, muchas de las amenazas de salud de los niños en el mundo no son médicas en el sentido habitual del término, sino más bien sociales: violencia, asesinato, abuso de estupefacientes, enfermedades contagiosas sexuales, suicidio, embarazo de adolescentes. Pese a dicha evidencia, muy poco de ello está en la agenda de investigación médica y en las políticas sanitarias más en boga.
- b) La población adulta. Las amenazas son aquí particularmente importantes. La primera es la muerte prematura (ya no tanto en la infancia –como lo fue en el pasado–, si no en esta etapa de la vida adulta.) Las iniciativas de investigación son relevantes particularmente en materia de cáncer, enfermedades coronarias, diabetes, etc. El esfuerzo de la política sanitaria requiere que se entienda que la amenaza no es la muerte, sino que ésta se produzca en el momento «inoportuno», por la razón «equivocada» y para aquellos que no han tenido una oportunidad «normal» en el «ciclo vital» de disfrutar de la vida. El segundo ámbito es el de la medicina reproductiva y de la salud de la mujer. Más allá del control de la reproducción, importa el análisis sanitario de la infertilidad como un problema más social que médico (ante el retraso en partos por cuestiones de carrera profesional y de mercado de trabajo.) Embarazos tardíos y enfermedades transmitidas sexualmente no son cuestiones exclusivas de la investigación médica. El tercer ámbito, finalmente, es el de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. «La investigación en el comportamiento de las personas –reconoce Callaway– debiera de igualarse en recursos al dinero gastado en el proyecto del genoma humano» (pág. 266), «cuando el 50% de todas las causas de muerte se derivan de la conducta personal, con el tabaco en la cima de la lista. Aquí no se observa sólo un fallo en la política sanitaria, sino un fallo en la distribución de la eficiencia y la equidad social».

- c) La ancianidad. A juicio de Callaway, ni la muerte ni la esperanza de vida son en sí mismas objetivos apropiados para marcar la agenda investigadora. No existe un beneficio social conocido de aumentar la expectativa de vida. Sí debiera, sin embargo, estar en el rango de lo que se prioriza la mejora de la salud física y mental de los ancianos. Una vida plena seguida de una muerte relativamente rápida (la compresión ideal de la morbilidad) es deseable y puede ser ya plausible y al alcance de la investigación. De otro modo, a la vez que la mortalidad disminuye, puede aumentar la morbilidad, con costes continuamente crecientes, que sin una solución apropiada en el conjunto del sistema sanitario puede convertir a nuestros ancianos en víctimas a la vez que en beneficiarios.

III. La priorización, pese a sus dificultades, resulta en la práctica inevitable

No hay duda de que pilotar políticas selectivas o impactar más certeramente en los objetivos pretendidos tiene riesgos políticos (los posibles costes del desacierto más las protestas de los colectivos «desafectados» o que dejan de ser beneficiarios) que generan reticencias para asumir los necesarios compromisos.

¿Cabe esperar resultados efectivos de una política de delimitación de prestaciones? ¿Cuál es la evidencia, si existe, de la aplicabilidad de catálogos públicos de prestaciones sanitarias? ¿Qué estrategia resulta más adecuada, priorizar servicios o/y priorizar colectivos destinatarios de dichos servicios?

Para el propósito anterior, las opciones basadas en estrategias selectivas podrían ser las siguientes:

(i) El racionamiento en sistemas sanitarios públicos entendido como delimitación de las prestaciones

El diagnóstico acerca de una política de racionamiento de las características anteriores en sistemas sanitarios públicos pasa, a nuestro entender, por realizar, de nuevo, un análisis previo acerca de los factores impulsores de la aceleración del gasto sanitario público.

De la evidencia con la que contamos, podemos afirmar que las variables de «utilización» (más prestaciones, más cobertura, más frecuentación, más procedimientos tecnológicos por paciente, más pacientes dependientes de la asistencia sanitaria) dominan respecto de las variables relativas al coste unitario (respecto de este último, el componente «medicamentos» ha estado en general fuertemente controlado – no así el factor ‘cantidad’ y el alcance terapéutico–, del mismo modo el componente de costes unitarios de personal, aunque con picos y valles, se ha movido a golpe de BOE.) Otra cosa distinta, obviamente, es la evolución de la productividad de los profesionales, el exceso de oferta de servicios, o del coste de la receta (factores relativos al tipo de producto y escala de actividad) que han estado empujando igualmente el gasto, y que merece, en cualquier caso, un tratamiento singular.

¿Es, en este contexto, la restricción de los servicios una estrategia plausible para la reducción de la presión de futuros crecimientos del gasto sanitario público? Existen sospechas fundadas sobre las dificultades políticas de una exclusión explícita de prestaciones (más allá de un racionamiento de cantidades implícito en las listas de espera), y acerca de la problemática técnica para restringir servicios de acuerdo con criterios de efectividad social (véase, por ejemplo, el caso del Estado de Oregón con Medicaid.) ¿Son sin

embargo dichos problemas invalidantes de la expectativa de fundar un catálogo de prestaciones sanitarias públicas?

A.- Una de las opciones posibles para racionalizar prestaciones en cualquier sistema sanitario con intervención pública es la de ordenarlas según criterios de coste de efectividad y delimitarlas a la vista de los recursos disponibles.

B.- Un ordenamiento alternativo podría basarse en un simple ranking bajo criterios de eficacia y efectividad, sin inclusión de elementos de coste, lo cual permite, a su vez, tres modalidades:

- a) refiriéndolo al tipo de prestaciones: es o no la prestación eficaz,
- b) refiriéndolo a su aplicación: es o no dicha prestación efectiva (por tanto, considerando las condiciones patológicas y perfiles determinados de los usuarios, y, en consecuencia, estableciendo la exclusión de determinados tipos de pacientes) o
- c) refiriéndolo a una guía determinada de condiciones médicas: esto es, revisando las utilidades médicas que de ellas se hacen más que de sus destinatarios específicos dentro de cada una de ellas, manteniendo abierta la lista de servicios transversalmente considerados, y sin excluir categorías de pacientes de modo predeterminado.

Ordenar las prestaciones sanitarias públicas de acuerdo con las alternativas anteriores choca con problemas diversos: una prestación de efectividad alta en unos pocos casos aparece como de baja efectividad, y la consecuencia de ello sería, bajo la primera de las opciones (primacía de la ratio coste-efectividad), no incluirla. Por tanto, su falta de generalidad invalidaría su aplicación incluso para el caso de efectividad individual alta. La agregación de «niveles individuales de efectividad» tiene, por lo demás, problemas. Agregar preferencias sociales para determinar beneficiarios «tipo» (tomando los valores medios dentro de cada categoría) requiere definir de modo concreto una función de bienestar. Más allá de la perfecta sustituibilidad de las valoraciones individuales (normalmente «utilidades», no importa aquí de donde procedan), hace falta explicitar las ponderaciones de equidad que se desean considerar desde un punto de vista social para cada una de las diferencias consideradas relevantes (qué destinatarios deben pesar, por prioritarios, más que otros.) Dichas ponderaciones pueden tomarse tanto desde la óptica de aversión a la desigualdad, cualquiera que sea el individuo o grupo afectado (mayores o menores de edad), como de la valoración entre grupos de destinatarios (casados con hijos, fumadores, etc.), siendo en todo caso su definición conflictiva.

En cada uno de los casos anteriores, no parece que sea fácil aceptar socialmente, desde un punto de vista de derechos básicos «ex ante», una actuación maximizadora pública que «transaccione» (imponga trade offs) entre utilidades de distintos individuos. Tampoco parece deseable que sean los médicos, agentes de los políticos, quienes asuman dicho papel. Por ejemplo, un concepto fuerte de equidad categórica podría limitar las posibilidades de intervención pública a la garantía de asistencia como preservación de las capacidades básicas del individuo y a la preservación de la vida y, aunque con mucha más dificultad, a la garantía de un determinado número de «útiles» a través de prestaciones a las que se tendría derecho independientemente de su coste. Fuera de ello, las intervenciones públicas ni serían garantía de aseguramiento total («rescate» indiscriminado), ni se legitimaría la selección de algunas prestaciones para determinados individuos por determinantes endógenas específicas (controlables por parte del propio individuo.)

En cualquier caso, dichas decisiones no deberían quedar en manos de los profesionales sanitarios, sino de los políticos, en ejercicio de la elección social requerida (Klein, 1995).⁴

(ii) Priorizar entre colectivos destinatarios traslada la discusión explícitamente al terreno de la equidad personal

En efecto, priorizar entre colectivos destinatarios traslada explícitamente la discusión al terreno de la equidad personal. Las concepciones de la filosofía de la justicia que inciden en la priorización de los recursos sanitarios tienen sus referentes inmediatos en las posiciones utilitaristas, rawlsianas e igualitaristas. El principal papel de dichas teorías consiste en analizar la justificación (o no) de las desviaciones observadas en la igualdad.

Así, por un lado, el utilitarismo en salud (maximización de la salud poblacional independientemente de (i) sobre quien incida, (ii) según su capacidad de mejora de salud a partir del tratamiento efectuado, (iii) independientemente de su dotación inicial y (iv) de modo ajeno al deterioro de salud que la ausencia de intervención le pueda reportar cuenta, en general, con pocos adeptos.) Tiene virtualidades tales como la cardinalidad (permite las adiciones y sus trade-offs resultan muy explícitos, lo que hace que sea muy operativo), el basarse en preferencias individuales «democráticas» (los pesos se pueden derivar de las valoraciones marcadas en torno a dos puntos finitos (0, muerte; 1, perfecto estado de salud) y su carácter es anónimo (el mismo valor social se asigna independientemente de las características o preferencias de los pacientes afectados por las mejoras de salud.) Su mayor problema, sin embargo, como resultado de lo anterior, se deriva de la intercambiabilidad implícita que supone de estados de salud individuales. Es por ello que se haya propuesto el utilitarismo «con techos y suelos» (cuando la maximización de salud respeta unos mínimos individuales, u otorga «red de seguridad»), y con límites a la acumulación efectuada por parte de determinados individuos. Ello hace, desde un punto de vista experimental al menos, más aceptable la opción utilitarista.

En lo que atañe a la concepción de la justicia en Rawls, parece claro que los «rawlsianistas» pueden aportar muy poco a la priorización sanitaria (Olsen, 1997),⁵ ya que no pueden resolver situaciones «micro»; esto es, priorizar de modo coherente con el sentido común, en el terreno individual. Supongamos, por ejemplo, la elección de un médico entre tratar uno u otro paciente, cuando a) quien está peor puede mejorar gracias a la intervención tan sólo ligeramente y durante un breve período de tiempo únicamente, mientras que b) el otro paciente puede mejorar mucho más, y por un período más largo (Olsen, ob. cit.) El criterio Maximin de atender prioritariamente al primero (el que está peor) choca fácilmente con el sentido común. En efecto, el principio de la diferencia en Rawls está pensado para aplicarse en el caso de un supuesto velo de la ignorancia teórico, donde, en el momento de la decisión, no hay personas enfermas. De aquí, quizás, la razón por la que Rawls no compute la salud como bien primario (a diferencia de valores tales como la justicia, la renta y el bienestar, el poder y las oportunidades.)

Distinta es la percepción de los igualitaristas, que se refieren a la igualación de las capacidades básicas (Sen, 1992).⁶ Para Sen, el referente sería la noción de necesidad, bien sea entendida ésta como «capacidad para beneficiarse de los tratamientos sanitarios» o como «ausencia de salud» (gravedad de la enfermedad.) En este sentido, la priorización explícita se deberá pronunciar, de acuerdos con los parámetros anteriores, en temas tales como (i) si un grupo de pacientes que sufre más

que otro debería recibir prioridad si ambos grupos pueden ser ayudados de manera idéntica y con los mismos costes, y (ii) cuando se elige entre dos programas para enfermos que están en idéntico estado de gravedad y que pueden ser ayudados a idéntico coste, el grupo de pacientes que pueden beneficiarse en mayor medida debería tener prioridad. La claridad de las intuiciones anteriores choca, sin embargo, con la estrechez de los supuestos contemplados a efectos de fundamentar una priorización de mayor alcance.

(iii) Otras aproximaciones a la priorización

Fuera de las concepciones filosóficas generales comentadas, aparecen otras aproximaciones a la priorización que no convendría tampoco ignorar. Así, por ejemplo, desde un punto de vista de ciclo vital, autores como A. Williams (1997)⁷ construyen la noción de fair innings, entendida como el derecho del individuo, a lo largo de su vida, a obtener una dotación «normal» de salud. Ello implicaría que quien haya conseguido ya dicha dotación de «años de vida» no pueda esperar que la sociedad, a través del sistema sanitario, haga mucho más por él (le considere en todo tiempo y lugar como «prioritario».) Sin embargo, sí lo sería quien aún no los hubiera obtenido (Williams, ob. cit.) Esto afecta a la asignación de tratamientos de salud en favor de los más jóvenes y de aquellas clases sociales o grupos de individuos que en ausencia de discriminación positiva obtienen perfiles de salud a lo largo de su vida, y de manera sistemática, inferiores a otras clases o grupos. De hecho, Williams cita la evidencia sobre la disposición general, incluso entre los ancianos, en favor de programas que beneficien relativamente a los más jóvenes. Ello resulta coherente con los trabajos experimentales de Johannesson y Johanson (1997),⁸ quienes muestran, para Suecia, que la disposición a pagar los costes de nuevas tecnologías que pretenden mejorar las propias probabilidades de supervivencia de uno mismo disminuye con la edad, una vez se revelan las ganancias en calidad de vida una vez se es ya anciano. En efecto, el experimento realizado por los autores muestra una disposición a pagar por un año de vida adicional, por encima de los 75 años, entre un cuarto y la mitad de los valores medios. Ello parece deberse, fundamentalmente, a la baja calidad de vida esperada por parte de los propios beneficiarios, para dichos años adicionales.

Argumentos de naturaleza similar son esgrimidos por Roemer (1998)⁹ a efectos de fundamentar comparaciones interpersonales de estados de salud entre distintas caracterizaciones de individuos. Éstas se realizarían a la vista de cómo se sitúan éstos en la distribución de estados de salud (situaciones que se puedan definir como equivalentes), dadas las categorías a las que pertenecen. La valoración cualitativa que ello permite es la no priorización (a efectos de igualdad) entre los individuos que tienen desventaja dentro del grupo de referencia, pero sí entre distintos grupos. Por tanto, se justificarían para Roemer tan sólo las desigualdades de los individuos intragrupo, legítimas, al derivarse de un mayor autocuidado y responsabilidad, o precisamente de su falta. El concepto de responsabilidad reaparece entonces como un elemento fundamental en la priorización sanitaria. Por dicha causa, deberíamos controlar (ajustar), para no penalizar en la comparación de manera indebida y para no favorecer de otro modo procesos de moral hazard, las diferencias que respondan a circunstancias fuera de la elección de los individuos (edad, educación, ocupación y renta podrían ser dichos factores), controlando (no penalizando pues en una comparación), por las diferencias que dichos factores puedan generar entre los individuos. Pero sí se «penalizarían» (ausencia de priorización) dentro de cada

categoría las diferencias debidas a factores endógenos o controlables por la voluntad del individuo, siendo aquí el criterio el grado de elección del que disponía el individuo en el momento de optar por un comportamiento más o menos responsable.

Supongamos, por ejemplo, el caso del cáncer del fumador. Si decidimos que la persona ha optado por fumar libremente en primer lugar, bajo la óptica de Roemer no podría presumirse que deba tener los mismos derechos con respecto a los tratamientos sanitarios que otros no fumadores, dentro de su categoría (ajustado por los factores relevantes exógenos a su decisión), ya que habiendo podido vivir con un estilo de vida más saludable, optó por no hacerlo: la adicción se adquirió después, pero el inicio del hábito fue voluntario. Y, ¿cómo decidiríamos cuán responsable es el individuo de esta conducta antisaludable? Según Roemer, observando en que centil en la distribución de frecuencia de la calidad en estilos de vida dicho individuo se sitúa dentro de su categoría (una vez realizados los ajustes.)

Desde un punto de vista de equidad horizontal, el principio aquí sería: tratar dos pacientes que son igualmente responsables (en el sentido de situarse en los mismos centiles de sus distribuciones de calidad en estilos de vida), de modo que tengan resultados esperados iguales (lo que puede consistir, por ejemplo, en una suma ponderada de AVACs),¹⁰ independientemente de su tipo. En esta aproximación, el elemento «renta» ha sido generalizado a «tipo», el elemento «necesidad» se ha convertido en «grados de responsabilidad», y el elemento «tratamiento» se ha convertido en «suma ponderada de AVACs».

Roemer, conocido por sus posiciones progresistas, de este modo recupera el concepto de responsabilidad, sustraído en el pasado por el conservadurismo y la derecha.

Los aspectos más ligados a la teoría cultural de la responsabilidad han sido elaborados recientemente por Aaron Wildavsky y otros. Para dicho autor, la idea de responsabilidad es una idea social, por lo que no es abstraible de las culturas en las que se inserta. Así, para las sociedades individualistas la responsabilidad se relaciona a la autoregulación personal. Las diferencias en esta disciplina individual darán legitimidad después a las diferencias que se puedan observar en situaciones. En efecto, en las culturas individualistas el individuo está sometido a escasas prescripciones en lo que se refiere a sus acciones, y los límites impuestos por el sentimiento de pertenencia a grupos cohesionados son escasos. A diferencia, en sociedades muy jerarquizadas la «pertenencia obligatoria al grupo» y la «variedad y cantidad de prescripciones limitadoras de las acciones individuales» son rasgos mucho más destacados. Al contrario, para los igualitaristas la fuerza de pertenencia al grupo es elevada, a pesar de que existan escasas obligaciones que limiten las acciones individuales (la pertenencia a las organizaciones de autoayuda es voluntaria y no jerárquica.)

En resumen, para Wildavsky las responsabilidades varían de manera concomitante con la naturaleza de las culturas sociales. Ello define, por ejemplo, algunos extremos: por ejemplo, cuando las cosas van mal, ante quien quejarse, y con qué derecho, resulta importante.¹¹ De modo similar a cómo valorar la envidia en las asignaciones, el modo en que se afronta la desigualdad, o cuáles son los balances deseables en relación con el crecimiento económico. Por ejemplo, sobre la cuestión de «ante quién se es responsable», para los individualistas se es responsable frente a uno

mismo; para los miembros pertenecientes a jerarquías, la cuestión se discerniría ante la propia autoridad, mientras que los igualitaristas la remitirían al colectivo al que se pertenece, en la medida en la que se participa de sus decisiones. ¿Quién escaparía entonces de la responsabilidad? Para los igualitaristas, nunca la responsabilidad se imputaría colectivamente y a menudo se identificarían a factores exógenos, fuera de la voluntad del individuo, como sus factores causantes. Por su parte, en las jerarquías la responsabilidad se elude tan sólo si se demuestra que el individuo ha seguido las reglas; mientras que los individualistas encuentran aceptable el resultado (no susceptible de protesta) si se ha llegado a él de un modo, de nuevo, «legítimo».

IV. La asignación directa de recursos públicos en presencia de racionamiento

Si un sistema sanitario ignora, o no reconoce, la demanda de los usuarios necesita, tarde o temprano, de otra guía para la asignación de recursos, ya que en presencia de racionamiento ello resulta inexcusable.

Dicha asignación se realiza comúnmente, en la práctica, recurriendo a algún criterio de «necesidad sanitaria», cuya precisión no siempre resulta fácil. Así, hace falta distinguir si uno se está refiriendo a (i) necesidad «normativa» (definida su satisfacción de modo ajeno por los expertos como deseable); (ii) necesidad «sentida» (de acuerdo con la percepción del individuo), (iii) necesidad «esperada» (a la vista de la comparación resultante de acuerdo con las características de distintos usuarios.) Más operativa resultaría la identificación de necesidad con la posibilidad de beneficiarse de determinados tratamientos, entre la situación sanitaria que se posee y la que se conseguiría aplicando dichos tratamientos. Con ello, la distribución de recursos podrá basarse, acompasándola o no, con la disponibilidad a pagar por los servicios (fórmulas del tipo compensatorio o de subsidio público por cada nivel de esfuerzo realizado por el usuario), bajo criterios tales como:

- (i) igualdad de gasto (como supone un capitativo simple),
- (ii) necesidad relativa —o diferencia entre el estado actual y el máximo posible alcanzable, no comparándose para ello sino consigo mismo—,
- (iii) según capacidad relativa (en relación con el resto de pacientes) de beneficiarse de las asignaciones,
- (iv) la inversa de las dotaciones sanitarias de las que dispone el paciente de manera previa a su tratamiento,
- (v) igualdad de impactos en estados de salud finales (esto es, que los recursos se asignen de modo que se proceda a la igualación de situaciones sanitarias finales.)

Lo cierto es que hacer operativos los distintos criterios, más allá de las dos aproximaciones primeras (necesidad expresada o demanda, y gasto capitativo) resulta extremadamente compleja. Y más aún habida cuenta que sus consecuencias son función de la capacidad del destinatario para generar mejoras en los estados de salud y/o en sus dotaciones iniciales. En efecto, con una dotación alta, la capacidad de generar marginalmente salud es menor: haber alcanzado un estoc de salud elevado como resultado de la producción individual, esforzada y consciente, pongamos por caso, no parece que debiera de penalizarse en una asignación pública de recursos. De manera similar, a igual dotación inicial, ser incapaz por edad o tipo de vida sobrevenido de generar igual salud a igual número de recursos que otro individuo, es cuando

menos discutible que deba ser objeto de discriminación. La capacidad de generar salud y los niveles de renta pueden incluso guardar relaciones inversas. Finalmente, igualar estados de salud finales, como sea que éstos se definan, puede implicar que ciudadanos contribuyentes y no históricamente medicalizados, pero con niveles altos de salud, no reciban asignación de recursos alguna, en favor de otros que ni han contribuido financieramente ni han mostrado preocupación alguna para reponer y mantener los estados de salud iniciales.

Todo ello recoge un importante gap en la política sanitaria que requiere fundamentos filosóficos que superan necesariamente la naturaleza de estos comentarios, aunque algunos de los aspectos de su medición se han comentado anteriormente. Todo lo más que se puede decir aquí es que, en la medida en que los sistemas sanitarios públicos explicitan la distribución de recursos con criterios de necesidad (lo que no acontece en nuestro país), éstos pretenden facilitar acceso igual ante igual necesidad (definida ésta según pautas de morbi-mortalidad, características poblacionales –edad–, sociales, etc.)

Algunas cuestiones acerca de la priorización en la asignación de los recursos sanitarios: esto es, «quién ha de acceder, a qué, a expensas de quién».

Las distintas alternativas pasan por racionar explícitamente según criterios de necesidad o implícitamente según algún otro criterio subyacente.

Necesidad relacionada con la salud (con las diversas acepciones para un concepto espúreo de esta naturaleza.) Así:

1. Recursos asignados entre pacientes de acuerdo con la cuantía de sus déficit de salud
 - a) ¿Proximidad a la muerte? = preservar la vida (rescue principle); ¿pese a la imposibilidad de recuperación?
 - b) ¿Dolor y/o otras formas de sufrimiento?, ¿cómo medimos, sobre qué información?

2. Recursos asignados entre pacientes según su capacidad de beneficiarse de la asistencia:
 - ¿Capacidad potencial o real? (la efectividad de muchos tratamientos es desconocida y no abstraible de cada tipo de paciente)
 - ¿Según el beneficio individual o agregado? (si agregado ello equivale a una maximización «de ganancias de salud por unidad de recursos», lo que implica priorizar en favor de los tratamientos de coste unitario bajo)
 - ¿Estamos dispuestos a priorizar en contra de las personas con discapacidades, de mayor edad, de los que tienen menos medios (?)?
 - ¿Cómo medimos todo ello y sobre qué base de información?
 - ¿Estamos dispuestos a agregar sin ponderar entre individuos?, ¿independientemente del nivel de salud inicial del que éstos ya disponen?
 - ¿Ponderaríamos por otros principios no relacionados con la salud?, por ejemplo, asignando entre pacientes para maximizar la ganancia ponderada agregada de salud (influencia, clientelismo, raza, sexo, interés médico, o según nivel socioeconómico: ¿a favor?, ¿en contra?), ¿siendo los pesos relativos a dichas ganancias función de principios no relacionados con la salud (por ejemplo, positivamente relacionados con las desventajas económicas y sociales)?
 - ¿Deberíamos valorar la contribución al bienestar social de los beneficiarios?

- ¿Neutralizamos el efecto negativo en la capacidad de beneficiarse que genera el factor edad?, o aceptamos que ya han tenido su «parte».
 - ¿Debemos considerar para ello al «merecimiento»? [Contra las enfermedades autoinducidas (accidentes después de beber alcohol), riesgos sanitarios excesivos (deportivos, hábitos no saludables), donde la reincidencia cuenta, así como el abuso o la falta de previsión pese a constituir lugar común, o condicional a determinado criterio del tipo «es receptor» quien es antes «donante»]
 - ¿Existen mínimos garantizados fuera de discusión? ¿en términos de tratamientos (prestación) o de gasto (incorporando costes unitarios)?
 - ¿Cómo asignamos en caso de exceso de demanda: aleatoriamente o «primero que llega, primero servido»?
3. ¿Acepta la sociedad el criterio de asignar recursos entre pacientes con necesidad igual sobre base aleatoria?
- Necesidad ¿sentida?, ¿expresada?, ¿estimada por comparación?, ¿predeterminada según criterios legales?
 - ¿Por ser ciudadanos residentes de hecho?, ¿de derecho?, ¿por ser contribuyentes?
 - ¿Cómo aseguramos la aleatoriedad en los procesos sanitarios?

En consecuencia, con la limitación existente en los recursos (ya sean éstos públicos o privados) la necesidad de priorización es inexcusable. No nos referimos exclusivamente a la limitación de los recursos financieros sino a los recursos disponibles en general (tiempo, conocimiento, esfuerzo), ya que la restricción está presente en todos los órdenes de la vida, y engendra constantes costes de oportunidad, al hacer emerger la valoración de alternativas perdidas, al optar por una u otra decisión. Además, un sistema sanitario que se base en una financiación eminentemente coactiva y ajena a la disponibilidad de pago voluntario, se encuentra abocada a la aceptación, como guía de decisión, de la consideración de los costes de oportunidad social, en los que, tras patologías o problemas mórbidos, es fácil identificar, como hemos visto, colectivos y personas concretas. Más claramente aún si la priorización refiere a colectivos. De ahí la tentación de mantener bajo el velo clínico dicha priorización implícita, puesto que explicitándola política y democráticamente hay «poco que ganar y mucho que perder».

La acción pública colectiva aquí es cruel, ya que los potenciales beneficiarios de la priorización (una correcta asignación de recursos evita costes innecesarios y así ahorra factura fiscal a contribuyentes en términos de mayor capacidad económica de acceso al bienestar individual) no se reconocen como tales, y sin embargo sus perjudicados sí lo hacen y se movilizan por ello en contra de unas políticas que diluyen beneficios y transparentan sus costes. De ahí la percepción de que «no vale la pena» en sistemas sanitarios eminentemente públicos, mantener una priorización explícita y transparente ante intereses públicos no contrapuestos. La dificultad de desenrocar dichos intereses lleva a la necesidad, por parte de algunos, de remitir estas asignaciones, en lo posible, hacia esferas de decisión más individuales para recuperar espacios de autonomía –responsabilidad– personal, y así asegurar que se internalizan los costes de oportunidad y no se trasladan a través de la acción colectiva en la dirección indicada (concreción de beneficios y dilución de costes.) Sin embargo, ello supone renunciar a la modulación conjunta de una determinada función de bienestar colectivo, para la que distintas filosofías sociales, de arraigo y amplia aceptación en

muchos países europeos, ofrecen bases sólidas estando en los fundamentos de sus sociedades de bienestar. En esta disyuntiva, con el mantenimiento de una importante acción protectora sanitaria desde el sector público, quizás lo más conveniente sería desarraigar la priorización de las funciones de gasto sanitario de los ambientes clínicos, devolviéndolas al ámbito más social, en el que las compensaciones se pueden producir de modo más flexible y general, y menos singularizables entre «ganadores» y «perdedores» (así entre educación, edad y asistencia social, entre el curar y el cuidar sanitario, entre las formas de prestación económicas y en especie.)

Es por todo ello que convenga quizás sacar la priorización del gasto sanitario de su nicho particular para hacerlo comprensivo de sus virtualidades en el conjunto del gasto social.

V. Los nuevos ejes de la política social y la necesidad de poner la priorización sanitaria en el conjunto del gasto social

Existen pocas dudas de que son diversos los retos de la política pública: desde el bienestar de los niños hasta la exclusión de determinados colectivos del mercado de trabajo, pasando por la carestía de la vivienda y la inmigración. De ahí la necesidad de reconocer nuevos ejes para la política social en cuyas coordenadas circunscribir el gasto sanitario. Las políticas públicas necesitan aproximar de este modo, conjunta e integradamente, su actuación a colectivos diversos, mucho más variados que lo que pueda representar la edad o la discapacidad funcional, el bienestar y la salud: jóvenes sin inserción efectiva en el mercado de trabajo, mujeres que aspiran y no consiguen una igualdad de oportunidades real (con redención doméstica si lo desean) y con los efectos colaterales consiguientes en cuidados infantiles y de ancianos; ancianos que son pobres por desarraigo social más que por la insuficiencia de renta de pensionista. Dichos cambios de énfasis requieren mayor especificidad en el gasto social, más «trajes a medida» atendiendo a situaciones concretas más que a posicionamientos generalistas. Por ejemplo, las especificidades necesarias, aún atendiendo al principio de elegibilidad universal, requieren mejorar los filtros del criterio de necesidad (nivel), y probablemente del criterio de capacidad de pago (modulaciones de exenciones.) Esto es más complejo que marcar colectivos por edades o formular prestaciones de universalismo indiscriminado, pero parece necesario cara a una mejor orientación social de políticas públicas sostenibles en el futuro.

Pese a lo anterior, resulta hoy fácil, acomodaticio con las circunstancias (por ejemplo, ante la necesidad objetiva de fijar algún tipo de protección a la dependencia) y demagógico (vista la fuerza política de nuestras agrupaciones de mayores y pensionistas), declarar que en nuestro país los pobres son los mayores de 65 años y entronizarlos como objetivo prioritario de las políticas públicas en general. Entre nuestros mayores sin duda los hay muy pobres: a ellos toda nuestra atención e incremento de gasto social. Pero no se puede aceptar la anterior premisa de modo general: hay pensionistas con baja renta relativa, pero con buen patrimonio (poseen piso y otros activos –revalorizados además espectacularmente en detrimento de otros colectivos, además de su «derecho» a pensión.)

En un reciente monográfico de Hacienda Pública Española sobre la nueva política social (IEF, 2003), Ayala y otros, en «Estrategias selectivas en las prestaciones sociales: efectos sobre la pobreza», diseccionan el problema sin demagogas.

Asimismo, Esping Andersen, en «Adaptar la protección social a la nueva demografía y mercado de trabajo», alerta del efecto expulsión (impacto colateral sobre la equidad) que el envejecimiento puede ejercer sobre el gasto social de otros colectivos mayormente necesitados (mujeres que desean incorporarse al mercado de trabajo, atención a los niños y a la formación de habilidades cara a futuro, a más de la pobreza de familias monoparentales y colectivos jóvenes de problemática incorporación al mercado de trabajo y acceso a la vivienda.) De modo similar, López y Casado para la Fundación La Caixa («Envejecimiento y cuidados de larga duración».)

Para los cambios de óptica en la priorización de las políticas sociales antes comentados, los valores culturales importan. Así, en relación con los valores con los que se juzguen las diferentes edades de emancipación de los hijos y desresponsabilización de los padres (en los dos sentidos); con la «redención» de la mujer que se incorpora al mercado de trabajo, a la vista del bienestar residual resultante (más ingresos, pero también más gastos substitutivos); dado el tratamiento fiscal de las segundas rentas, y los costes substitutivos de los cuidados de hijos y padres y, la elección, más o menos condicionada, por los costes de oportunidad de las alternativas anteriores. Todo ello genera efectos en el bienestar de mayores y niños que ven substituida una actividad internalizada en la familia por una actividad mercantil externa, con todos los «pros» y «cons» que ello genera.

Los factores anteriores exigen atención a los condicionantes más o menos mitigables por las distintas políticas públicas en el ejercicio responsable de la libre elección, eliminando distorsiones (de mercado de trabajo –el impacto de la maternidad llega a disminuir en un 40% la renta a lo largo de la vida laboral de la mujer–, de carencia de red asistencial –guarderías, cuidados a la dependencia–, y en las dos direcciones (no forzando una orientación en detrimento de la otra.)

Cabe reconocer que los valores culturales no se cambian de la noche a la mañana. Por ejemplo, en el alejamiento del universalismo, las connotaciones políticas, electoralistas, de gestión pública, etc., están presentes. O en cómo valorar la no discriminación. También respecto de la inmigración ilegal, a la vista de cuáles son sus beneficiarios finales; de la consideración de la divergencia explícita, visible, en marcos de responsabilidad individual o colectiva, sobre la cohesión social; o en cómo se visualicen los copagos respecto de la imposición sobre el consumo en la manera de financiar los servicios públicos, por citar unos pocos ejemplos.

Para dicho ejercicio, el punto del que partimos no puede desconocerse: Un universalismo aparentemente no discriminador, y que evita la identificación de target-groups y pruebas de medios complejas de operar; cierta uniformidad proveedora que hace superflua la priorización, y por tanto inocua la fiscalización social; con programas para los que la igualdad de acceso se cree suficiente (la utilización y el resultado parecen no importar; que permiten un modus vivendi más cómodo administrativamente y menos arriesgado políticamente, y que consolidan el status quo a través del temor al cambio (los potenciales perjudicados se movilizan –casi todos, inicialmente, dado el universalismo–, y los potenciales beneficiarios no se identifican como tales.)

De todo lo comentado, los nuevos ejes de la política social en los que se debe inscribir el gasto sanitario se definen desde el desarrollo económico alcanzado, a la vista de los nuevos problemas sociales emergentes,¹² nuevas oportunidades individuales y la necesidad de nuevas políticas públicas.¹³ Ello exige redefinir en el

nuevo contexto las responsabilidades públicas y privadas, en el binomio libertad (autonomía/oportunidades) y seguridad («consecuencialismo»/responsabilidad), del que la priorización sanitaria, y del gasto social en general, no se puede abstraer.

¹ Reflexiones sobre el futuro del Estado del Bienestar. Los servicios de salud como compromiso entre el alcance de las prestaciones, su calidad y su coste. 10 de febrero de 1998. Los comentarios a la presentación fueron del Dr. Germà Bel, a quien quiero agradecer sus aportaciones.

² Con el mismo título en *Papers de Govern i de Gestió Pública*. Programa Interuniversitari de Govern i Gestió Pública, 2000.

³ What price better health. Daniel Callahan, University of California Press, The Milbank Memorial Fund. 2003.

⁴ R. Klein (1995): «Big Bang Health Reform». *The Milbank Quarterly*, vol. 73, 3.

⁵ J.A. Olsen (1997): «Theories of justice and their implications for priority setting in health care». *Journal of Health Economics*, 16 625-639.

⁶ A. Sen (1992): *Inequality reexamined*, Clarendon Press, Oxford.

⁷ A. Williams (1997): «Intergenerational equity: An exploration of the 'fair innings' argument», *Health Economics*, vol 6 117-132.

⁸ M. Johannesson y P.-O. Johanson (1997): «Quality of life and the WTP for an increased life expectancy at an advanced age», *Journal of Public Economics*, 65 219-228.

⁹ J. Roemer (1998) 'Equality of Opportunity' Harvard Univ. Press.

¹⁰ Años de Vida Ajustados por Calidad.

¹¹ Así, por ejemplo, en cuanto a qué tipo de responsabilidades se asumen en materia de desigualdades, los partidarios de las jerarquías postulan escaso papel individual en materia de corrección de desigualdades, los igualitaristas la centran en todas aquéllas que buscan su disminución, mientras que los individualistas serían indiferentes a su aumento siempre que el proceso que llevara a ellas fuese legítimo.

¹² En resumen, pueden considerarse nuevos factores los siguientes: (i) Allá donde se 'nace, multiplica y crece', uno ya no 'muere'. (ii) El perfil cambiante del lugar de trabajo a lo largo del ciclo vital de las personas. (iii) La incorporación de la mujer al mercado de trabajo. (iv) A la empresa a la que se accede, uno normalmente ya no se jubila. (v) Un año por década añadidos a la expectativa de vida (aún manteniendo la edad de jubilación de cuando aquella era doce años menos que hoy. (vi) La red de seguridad última que tradicionalmente ha supuesto la familia, tiene hoy algunos 'descosidos'. (vii) Algunos componentes del contrato social tradicional se están rompiendo: la vida con una misma pareja, la homogeneidad de la composición familiar. (viii) La percepción subjetiva de seguridad está hoy inversamente relacionada con la objetiva. Un análisis más detallado puede encontrarse en G. López Casanovas «Responsabilitats públiques i privades envers les noves necessitats socials' en *Politiques públiques: Una visió renovada*». S. Estapé, ed. Deusto, 2004.

¹³ Tratamiento de los nuevos fenómenos tales como la inmigración, el paro de larga duración, la precariedad/delinuencia, una sociedad «envejecida» y ante los nuevos hazards, culturas, estilos de vida, y la deficiente cobertura de los grandes riesgos.