

administración y gestión

Consideraciones de equidad en la distribución personal de salud

Lluís Saurí^a, Joan Costa-Font^b

^aDepartament de Política Económica i Estructura Económica Mundial. Universitat de Barcelona.

^bDepartament de Teoria Econòmica. Universitat de Barcelona y London School of Economics.

Resumen

El objetivo del artículo es revisar los criterios de equidad asociados a diferentes enfoques teóricos de justicia distributiva. Argumentamos que si bien la promoción de la equidad sólo puede ser defendida como requerimiento ético, la eficiencia es también lo es, tal vez más universal y quizás más fácilmente determinable que la equidad. En segundo lugar, siguiendo la reflexión de Williams y Cookson plasmamos la discusión sobre justicia distributiva en un problema de optimización de la salud sujeta a las diferentes restricciones que imponen cada una de las teorías de justicia. Finalmente, se discute la aplicabilidad de los diversos criterios de equidad para el diseño y establecimiento de prioridades en salud.

Palabras clave: Equidad. Justicia. Normativa.

Summary

The aim of this paper is to review several theories of distributive justice that have lead to several conceptions of equity in health. We argue that efficiency as well as the equity promotion only can be sustained under ethical requirements. Following Williams y Cookson we underpin a discussion on the distributive justice in the optimisation of health subject to those restrictions that impose several concepts of justice. Finally, we discuss the applicability of several ethical criteria in the design and setting priorities in health.

Key words: Equity. Justice. Normativity.

Introducción

El diseño de un sistema sanitario acostumbra a estar guiado por un modelo ideal de sanidad, no obstante su estructura y reforma estarán altamente influenciadas por cómo ese ideal de sociedad

varíe en un momento del tiempo. Esta nota quiere explorar en base a la revisión de la literatura existente qué criterios normativos inspiran la intervención pública en el ámbito sanitario para poner de manifiesto el “origen ideológico” del debate en torno a la equidad. Los diver-

sos modelos ideales de sociedad han dado lugar a lo que se han llamado “teorías de justicia”. Se trata de modelos ideales que se derivan de concepciones distintas del hombre, a menudo primando unos valores por encima de otros, aun siendo todos ellos valores incommensurables. Así pues, allí donde las teorías de justicia colisionen, hemos de esperar encontrar un conflicto de valores, también incommensurables.

El objetivo del artículo es en primer lugar revisar las diversas teorías de justicia distributiva que han dado lugar a criterios de equidad. Argumentamos que a la vez que la promoción de la equidad sólo puede ser defendida como requerimiento ético la eficiencia es también un requerimiento ético, tal vez más universal y quizás más fácilmente determinable que la equidad⁽¹⁾. En segundo lugar, siguiendo la reflexión de Williams y Cookson¹ plasmamos la discusión sobre justicia distributiva en un problema de optimización de la salud sujeta a las diferentes restricciones que imponen cada una de las teorías de justicia. Ello nos permitirá llevar la discusión a un ámbito

en el cual nos será más fácil comprender las implicaciones de la promoción de la equidad en términos de pérdida de eficiencia. Finalmente se discute la aplicabilidad de los diversos criterios de equidad para el diseño y establecimiento de prioridades en salud.

Teorías de justicia distributiva que han inspirado criterios de equidad en salud

Al tratar de introducir consideraciones de equidad en el diseño de los sistemas sanitarios, la literatura ha propuesto una serie de criterios-guía inspirados en tradiciones de filosofía política diversas. En la medida en que nos referimos a los sistemas sanitarios de democracias liberales, no es extraño que muchos de estos criterios respondan a concepciones diferentes de la justicia distributiva, si bien todas ellas de origen liberal. Otras, no obstante, se alejan de planteamientos liberales, en la medida que provienen de tradiciones del pensamiento político diferentes. Las ideas y la discusión política a menudo buscan aclarar el concepto de justicia distributiva, habitualmente tomando como referencia categorías como las de igualdad, mérito y necesidad. La igualdad ha sido una noción central de esta discusión, bien como principio do-

⁽¹⁾ El despilfarro de recursos difícilmente podrá ser considerado ético, en la medida que cada recurso despilfarrado es salud despilfarrada teniendo en cuenta que tales recursos podrían haber sido invertidos en la promoción de la salud.

minante, bien como condición de partida al ser posteriormente complementada por otros criterios. Hasta el pensamiento liberal construye su ideal de justicia en torno al apriorismo de la igualdad de los individuos en el derecho a la libertad.

La tradición liberal iniciada por Thomas Hobbes y John Locke sitúa al individuo en el centro de la discusión sobre filosofía moral, por cuanto pasa a ser considerado la unidad básica del todo social. El individuo, concebido libre y racional, hace de la búsqueda de la satisfacción del interés propio el eje de su conducta. La defensa de la libertad del individuo movido por el interés propio reduce el ámbito de actuación del Estado, promueve el *laissez-faire*. Será el utilitarismo de Jeremy Bentham el encargado de concretar la defensa de la moralidad del interés propio. De acuerdo con la perspectiva utilitarista la justicia se concretará en una función de bienestar social que será el resultado de la adición de las utilidades de los individuos. Se trata de maximizar la utilidad final conjunta de todos los individuos. En la Figura 1, el óptimo benthamita queda representado por el punto B, tangente a una recta de indiferencia de pendiente -1 . Resulta discutible que este planteamiento pueda ser considerado un criterio de equidad en la medida que no tiene en cuenta en ningún

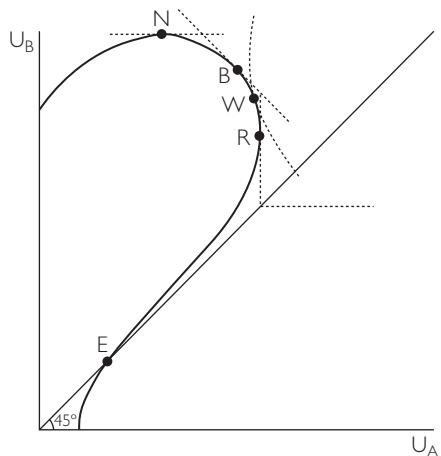


Figura 1. Distribuciones de utilidad equitativas según diversas teorías.

momento la distribución interpersonal de la utilidad.

Si bien el utilitarismo no puede ser considerado un enfoque igualitarista, precisamente porque prescinde en todo momento de las distribuciones interpersonales, debemos notar que a menudo ha sido fundamento de medidas redistributivas. El análisis formal del criterio utilitarista pone de manifiesto que, según el perfil asumido para las curvas de indiferencia, la determinación del óptimo utilitarista o benthamita puede resultar condicionada por un cierto grado de aversión a la desigualdad. Imponiendo utilidades marginales decrecientes el criterio utilitarista se revelará no neutral

respecto a la distribución interpersonal de la utilidad, sino averso a la desigualdad. De esta posibilidad el punto W es un ejemplo.

El *laissez-faire* característico del liberalismo primigenio será matizado por autores como John Stuart Mill, Leonard Hobhouse y Thomas Green. Mill hace notar que el valor asignado por cada individuo a la elección efectiva de una posibilidad depende de los elementos condicionantes de la capacidad y el talento del propio individuo. En esta línea, Mill resalta la necesidad de que una supuesta función de bienestar social incorpore parámetros tales como la promoción de la educación, la preservación de la salud o la garantía de subsistencia. También en esta línea Hobhouse remarca la posible conveniencia de la intervención estatal para garantizar el logro del ideal de igualdad de oportunidades, que ya ha resultado un elemento esencial del discurso liberal.

La aportación de Green resulta también determinante, en la medida que inicia la tradición liberal que asume la idea de bien común como resultado de una concepción moral atenta a los deberes de los individuos entre ellos como partícipes de una sociedad compartida. Toma forma, pues, una noción de justicia que incluye el requerimiento de garantizar

unos mínimos estándares de bienestar en ámbitos específicos. Una vez garantizados, en todo caso, seguirá aplicándose la maximización utilitarista del bienestar social.

La concepción de la justicia como la igualación de las capacidades, propuesta por Amartya Sen, profundiza en la discusión sobre el logro efectivo de la igualación de oportunidades, característica de la corriente liberal. Será esta una discusión que llevará a autores como Sen a propuestas alejadas de ese *laissez-faire* inicial. De lo que se trata es de igualar el conjunto de elecciones al alcance del individuo, para lo cual resulta necesario igualar algún índice de capacidades necesarias para tomar cursos de acción o para alcanzar ciertos estados de bienestar, siendo este índice objetivamente medible. Un enfoque vecino es el de Roemer, también con el objetivo de esclarecer la noción de igualdad de oportunidades y hacerla válida como instrumento de aplicación práctica. Roemer apunta, como Sen, la necesidad de compensar a los individuos por las discapacidades de las que son víctimas involuntarias. Para ello, propone la definición de una función que permita distribuir unos ciertos recursos de acuerdo con las discapacidades involuntarias y con el esfuerzo voluntario de cada uno. El resultado debe consistir en

ventajas idénticas, en términos de recursos, para aquellos con el mismo grado de esfuerzo voluntario, independientemente de sus discapacidades involuntarias. Si el resultado cumple esta condición se habrán asignado más recursos al menos capacitado, para corregir así su discapacidad y situarlo delante de un conjunto de alternativas elegibles similar al de cualquier otro individuo que haya realizado una cantidad parecida de esfuerzo.

El igualitarismo supone una tradición bien diferenciada de la liberal en la discusión sobre la equidad. Su influencia ha sido notoria, hasta tal punto que a menudo se ha caído en el error de identificar igualdad y equidad. La diferencia es clara en la medida que la naturaleza metafísica del concepto de equidad no es compartida por el de igualdad, exento este último de juicios de valor. De entre el conjunto de teorías contractualistas sería la de Jean Jacques Rousseau la más claramente identificada con el ideal igualitario. Rousseau sugiere que la desigualdad no es natural. Bien al contrario, la concibe como producto indeseado de las circunstancias o, más concretamente, de la sociedad, razón por la cual hace de ella un juicio negativo. La tradición igualitaria ha dado lugar a dos planteamientos a los cuales se ha querido llamar igualitarismo genérico e igualitarismo específico.

El igualitarismo genérico responde al ideal rousseauiano ya comentado, mientras que con el igualitarismo específico nos referimos al concepto discutido por Tobin, de tal manera que la sociedad estaría comprometida en la asignación igualitaria de unos ciertos bienes. El atractivo del igualitarismo específico es evidente por cuanto hace suya la intuición de que los individuos son más propclives a exigir igualdad en educación o sanidad, por ejemplo, que en el consumo de otros bienes. Las posiciones igualitarias deberían llevarnos a situaciones representadas por la bisectriz de los ejes de coordenadas de la Figura 1, por ejemplo el punto E.

Las nociones de justicia social comentadas hasta ahora tienen en común su enfoque teleológico, es decir, definen como justo un escenario según sus características estáticas, pero sin atender a los procesos que han llevado a alcanzarlo. El enfoque liberal, sin embargo, se ha caracterizado por su muy habitual aproximación procesal a la discusión sobre justicia distributiva. Los planteamientos procesales consideran justa una distribución interpersonal si los procesos que la han ocasionado cumplen una serie de requisitos previamente categorizados como justos. Si bien los enfoques teológicos o consecuencialista y deontológico o pro-

cesal a menudo se confrontan como mutuamente excluyentes, ello no es necesariamente cierto. Tal como pone de manifiesto Sen, “si bien una teoría moral basada en los derechos no puede coexistir con el bienestar basado en la utilidad o con la ordenación mediante la suma, sí puede hacerlo con el consecuencialismo”² (las cursivas son del original).

Ejemplo de esta coexistencia es la teoría de la justicia de John Rawls, esencialmente procesal pero que permite definir con suficiente precisión la distribución final que se desprenderá del proceso justo. Este autor define dos principios de justicia³ (las cursivas son del original):

1. “Toda persona tiene derecho al más extenso sistema de libertades básicas iguales compatible con un sistema similar de libertades para todos (*principio de igual distribución de la libertad*).

2. Las desigualdades socioeconómicas deben estar ordenadas de manera que:

– Estén dirigidas al mayor beneficio de los más desventajados (*principio de la diferencia*).

– Estén vinculadas a cargos abiertos a todos bajo las condiciones de igualdad de oportunidades equitativa (*principio de distribución equitativa de oportunidades*).

Estos principios de equidad se han traducido; en el cálculo distributivo, en

el llamado criterio *maxi-mín*, orientado a maximizar el bienestar del individuo peor situado. Este criterio *maxi-mín* se concreta en la Figura 1 en una función de Leontief⁽²⁾ centrada en la bisectriz de los ejes, obteniéndose el punto de tangencia R. De la preocupación por los menos aventajados se desprende que debe inscribirse el enfoque rawlsiano en lo que se considera liberalismo igualitario o liberalismo social. Vale la pena notar que, en la Figura 1, la distribución rawlsiana es un extremo del conjunto de distribuciones óptimas en sentido paretiano. El otro extremo lo representa el punto N, que correspondería a un criterio *maxi-max*⁽³⁾ contrario al de Rawls: maximizar el bienestar del mejor situado.

También desde una perspectiva procesal y en el marco de este liberalismo con componente igualitarista, debemos referirnos a la aportación de Ronald Dworkin. La igualdad liberal de Dworkin se caracteriza por perseguir la justicia en el espacio de los recursos y no en el del bienestar. Los recursos a disposición de cada individuo deberán ser idénticos, de tal manera que no se puedan dar situaciones de envidia entre individuos a

⁽²⁾ La función Leontief a maximizar sería de la forma $\Gamma = (U)$.

⁽³⁾ El criterio *maxi-max* también ha recibido los nombres de criterio elitista y criterio nietzscheano.

causa de las dotaciones de recursos. La igual disposición de recursos debe darse tanto para los transferibles, como para los no transferibles, como los talentos y las capacidades individuales. Así, los descapacitados o carentes de talento deberán ser compensados con mayores recursos transferibles para garantizar la estricta igualdad de oportunidades. Finalmente, la igualdad liberal debe ser tolerante, sin pronunciar juicios de valor sobre las vidas que los individuos escogen llevar. Se trata de una teoría de justicia más estricta que la de Rawls por su insistencia en la igualdad efectiva de recursos. El parentesco de la propuesta de Dworkin con las de Sen y Roemer es evidente, si bien el marco conceptual propio de cada autor ha llevado que el enfoque deontológico domine en Dworkin, mientras el teleológico lo hace en Sen y Roemer.

Otra propuesta realizada desde planteamientos procesales es la libertaria de Nozick, que rechaza cualquier limitación de los derechos que considera inalienables de cada individuo. Nozick basa su teoría de la titularidad en el derecho de propiedad de cada individuo: cada uno sería propietario de él mismo, cualquier individuo podría apropiarse de aquello que no tiene propietario y los derechos de propiedad resultantes de la afirmación

anterior o de transacciones voluntarias serían de incuestionable legitimidad. El enfoque prescinde de toda valoración, explícita o implícita, de las distribuciones interpersonales. La teoría es indiferente a la desigualdad y cualquier distribución resultante de procesos respetuosos con los derechos de propiedad apuntados se considerará socialmente justa. Los planteamientos de Hayek son similares, si bien formulados desde un marco conceptual más próximo a la ciencia económica y menos filosófico. Las implicaciones anti-redistributivas, no obstante, son semejantes. Buena parte de estas teorías procesales no permiten definir ninguna distribución interpersonal preferida. Unas porque tan sólo hacen referencia a los recursos iniciales, pero no a las distribuciones finales, como es el caso de Dworkin. Otras porque son indiferentes a las distribuciones interpersonales, como en Hayek y Nozick.

La maximización del nivel de salud sometida a consideraciones de equidad

Al hablar de equidad en salud resulta necesario especificar si nos referimos a la equidad en la provisión de servicios sociosanitarios o bien a la distribución del nivel de salud. El consumo de servi-

cios sociosanitarios es, muy probablemente, un determinante relevante del nivel de salud del individuo, pero seguro que no es el único. La ventaja que puede tener contemplar sólo el consumo de servicios en vez del nivel de salud es la dificultad de trabajar con este último, por cuestiones de definición y medida. Aun así, en este apartado trabajaremos con el concepto de salud en sentido amplio, dejando para más adelante la discusión sobre los criterios guía en la provisión de servicios sanitarios.

Podemos plantear el tema de la distribución de salud como un problema de optimización, obteniendo una frontera de posibilidades de salud a partir de unas restricciones y una función objetivo a maximizar. Esta frontera delimitará el conjunto de las diversas distribuciones interpersonales de salud asequibles. Las distribuciones incluidas en la frontera serán todas ellas igualmente preferidas, mientras no se defina la forma que toman las preferencias (la función a maximizar). El interés de abordar un tema como el de la equidad en salud desde esta perspectiva es comprobar cómo las diferentes teorías de justicia que hemos planteado restringen de forma distinta el conjunto de posibles distribuciones finales de salud socialmente alcanzables. Algunas teorías restringen el conjunto de

posibilidades a ser tenidas en cuenta, otras imponen características específicas a la función a maximizar y algunas modifican el problema de optimización de las dos maneras.

Inicialmente podemos plantear simplemente el problema de maximización que se nos plantea. Dada una frontera de posibilidades de salud queríamos maximizar el nivel global de salud, sin tener en cuenta cuál es su distribución interpersonal. En el punto B de la Figura 1 escogeríamos como óptima la distribución correspondiente a la tangencia de la frontera con unas líneas de indiferencia de pendiente -1 . Es la aplicación estricta del utilitarismo benthamita. Está claro que, llegados a este punto, aún no hemos introducido ninguna consideración ética que prefiera un tipo u otro de distribución de salud. Una primera consideración sería introducir rendimientos decrecientes tanto para el nivel de salud del individuo A como del B, asumiendo que el decrecimiento es análogo en ambos casos. Entonces, como se representa en la Figura 2, las líneas de indiferencia tomarían forma convexa respecto al origen y simétrica respecto a la bisectriz de los ejes. La asunción de iguales rendimientos decrecientes puede ser eliminada, de tal manera que las líneas de indiferencia dejen de ser simétricas respecto a la bi-

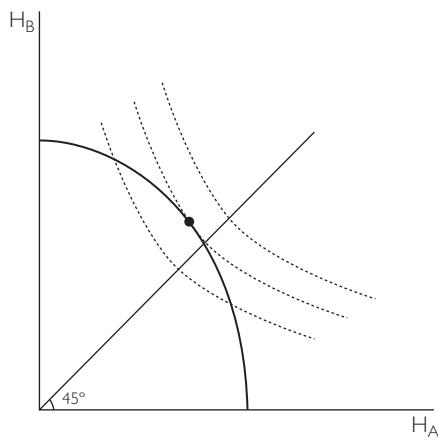


Figura 2. Distribución interpersonal de salud utilitarista con curvas de indiferencia con rendimientos decrecientes.

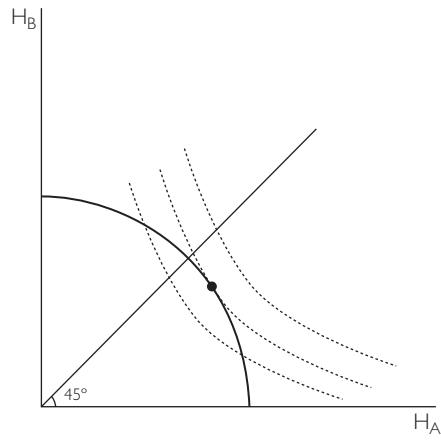


Figura 3. Distribución interpersonal de salud utilitarista priorizando el nivel de salud del individuo A.

sección de los ejes. Este caso, representado en la Figura 3, considera prioritario el nivel de salud de uno de los individuos (en la figura, el del individuo A). Estas correcciones al primer utilitarismo permiten hasta cierto punto la defensa de la redistribución, como complemento al esfuerzo maximizador de la suma de los niveles de salud individuales. Si introducimos la noción de mejora paretiana, dada una distribución inicial de renta, veremos que las líneas de indiferencia toman la típica forma en L; es el caso de la Figura 4. También, podríamos imaginar total indiferencia en lo que se refiere a la distribución de salud hasta un cierto grado de desigualdad, a partir del cual la aversión

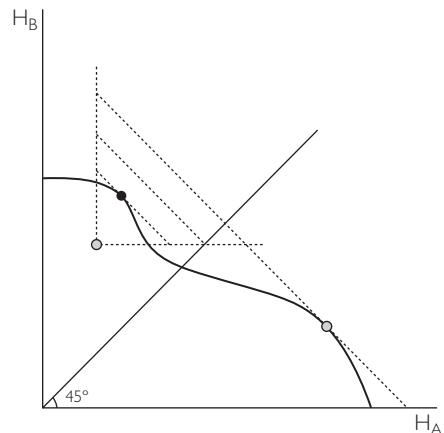


Figura 4. Distribución de salud paretoóptima partiendo de una distribución inicial dada.

a una mayor desigualdad sería total, u otras combinaciones.

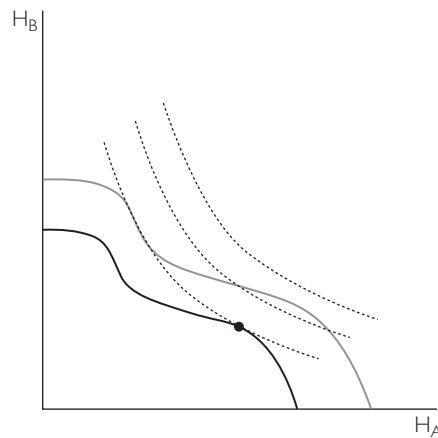


Figura 5. Restricción procesal de la frontera de posibilidades de salud combinada con maximización utilitarista.

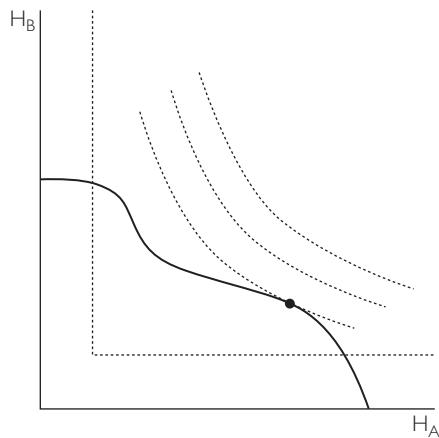


Figura 6. Garantía de un nivel mínimo de salud previamente a la maximización utilitarista.

Todos los casos que hemos planteado resultan de la introducción en el problema de optimización de consideraciones sobre equidad que modifican la función objetivo, lo cual se traduce en perfiles alternativos de las curvas de indiferencia y distintas distribuciones justas. Corresponde ahora comentar aquellas consideraciones que modificarán la distribución óptima restringiendo el conjunto de posibilidades. Es el caso, por ejemplo, de aquellas teorías filosóficas que establecen una cierta condición (por ejemplo, garantizar igual libertad individual), el cumplimiento de la cual se debe garantizar previamente a la realización de ejercicio optimizador alguno. El cumplimiento de

una determinada condición previa se traducirá en una restricción del conjunto de posibilidades como la representada en la Figura 5. También podríamos imaginar la situación en que se considerara prioritario garantizar un mínimo nivel de salud a todos los individuos, tal y como es característico de los planteamientos liberales de Mill o Hobhouse, preocupados por la efectiva igualdad de oportunidades. La restricción del conjunto de posibilidades tomaría la forma de la Figura 6. En ambos casos, una vez garantizado el cumplimiento de la condición previa, se entraría en un ejercicio optimizador para el cual se debería definir una función objetivo, que podría tomar la forma de cualquiera

de las presentadas anteriormente. Hasta se podría dar el caso de teorías de justicia distributiva que, una vez establecida la condición de obligado cumplimiento previo, no estableciesen ningún criterio de elección. En este caso, resultarían distribuciones alternativas, ninguna de las cuales sería éticamente preferible. Los planteamientos de Hayek y Nozick quedarían representados por la Figura 5, en caso de ausencia de preferencias definidas sobre las distribuciones interpersonales. La teoría de Rawls daría lugar a una restricción de la frontera de posibilidades de producción como la de la Figura 5 (dado su garantismo procesal, que llevaría a una reducción del conjunto de posibilidades) combinada con unas preferencias tipo Leontief como las de la Figura 1.

Criterios de equidad en la provisión de servicios sanitarios

Hemos comentado anteriormente que el consumo de servicios sanitarios es sólo uno de los determinantes del nivel de salud del individuo y, tal vez, ni tan sólo el preeminente. En este sentido, cualquier discusión sobre equidad en salud que se limitara a evaluar las implicaciones de la provisión de servicios sanitarios dejaría de lado otros elementos que condicionan igualmente la distribución interpersonal de salud. De todas

maneras, la aproximación al tema de la equidad en salud desde una perspectiva integradora de todos aquellos elementos determinantes del nivel de salud de los individuos no agota la discusión. Persiste la necesidad de evaluar los criterios guía que deberían tenerse en cuenta en el diseño de un sistema de provisión de servicios sanitarios, en la medida que éstos son uno de aquellos elementos determinantes.

Siguiendo a Culyer y Wagstaff⁴ podemos identificar 4 definiciones de equidad en la provisión de servicios sanitarios que suscitan especial aceptación. En primer lugar, igualdad de gasto sanitario per cápita. Se trata de una definición que se corresponde con una visión igualitarista, tomando como variable relevante los recursos consumidos por cada individuo. No podríamos identificar el criterio con los planteamientos de Dworkin, en la medida que no tiene en cuenta los recursos individuales no transferibles. La crítica a este criterio es inmediata por cuanto no toma en consideración el estado de salud del individuo. Se trata de una definición derivable de la preocupación sobre la distribución de recursos, más que sobre la distribución de salud. En segundo lugar, se propone la distribución de los servicios de acuerdo con la necesidad de cada individuo. Está claro que esta definición ya

tiene en consideración el nivel de salud de los beneficiarios, para lo cual podemos afirmar que se trata de un criterio que se formula desde la preocupación por cuál es la distribución interpersonal de salud. Ahora bien, su aplicabilidad práctica afronta el difícil obstáculo de definir de manera unívoca el concepto de necesidad. Es por esta razón que puede resultar un criterio controvertido, o bien un criterio indeterminado. Otro criterio alternativo muy utilizado es el de igualdad en el acceso a los servicios sanitarios. De nuevo, definiciones alternativas del término "acceso" se traducen en implicaciones distintas. Finalmente, se puede hablar de igualdad de salud, criterio que responde a una perspectiva netamente igualitarista, que bien puede ser de un igualitarismo genérico o bien específico al ámbito de la salud, este último en la ya apuntada línea de Tobin.

Hemos dicho que los criterios de distribución según la necesidad y de igualdad en el acceso afrontan problemas de definición que debemos resolver para que resulten eficaces al ser tenidos en cuenta para el diseño de la provisión de servicios sanitarios. De nuevo Culyer y Wagstaff identifican un mínimo de 4 concepciones alternativas de necesidad de salud y 4 de acceso a los servicios sanitarios.

La necesidad puede ser entendida como el nivel inicial de salud de cada individuo. En este sentido, tendría más necesidad de salud aquel que estuviese en peor estado de salud. El criterio resulta entonces claro, el que peor está deberá consumir más servicios sanitarios. El principal problema de esta definición, sin embargo, es que implica que el individuo en peor estado debe consumir más servicios sanitarios independientemente de su capacidad de traducir el consumo de servicios en mejoras de salud. Se trata de un criterio que podríamos llamar rawlsiano, en la medida que sólo toma en consideración la situación de aquellos individuos socialmente peor situados. Alternativamente, podemos entender la necesidad como la capacidad de aprovechamiento de los servicios sanitarios. Entonces, convendría que se asignasen más servicios sanitarios a aquellos que tuviesen la capacidad de transformarlos en mayores incrementos en el nivel de salud. Esta manera de entender la necesidad, no obstante, implica convertir lo que pretendía ser un criterio de equidad en un criterio de eficiencia. Sólo garantiza que la agregación de los niveles de salud individuales alcanzados será la mayor posible y hablaremos, por tanto, de criterio utilitarista. Una variante de esta definición consiste en concebir la necesidad como los reque-

rimientos de servicios sanitarios para agotar la capacidad de aprovechamiento de estos servicios por parte del individuo. En este sentido, si el individuo tiene una nula capacidad de mejorar la salud por medio del consumo de servicios sanitarios, entonces no se considerará apropiado que los consuma. En la medida que sea capaz de aprovechar su consumo, éste deberá aumentar de acuerdo con la cantidad de servicios que tendría que consumir para que su capacidad de aprovechamiento se convirtiese en nula. La necesidad se considera proporcional al nivel de consumo que satura la posibilidad de mejora del individuo. Se puede comprobar fácilmente cómo este criterio resuelve la objeción que se hacía al criterio rawlsiano, sin resultar simplemente un criterio de eficiencia. Se inscribe entre los planteamientos que se han esforzado en introducir sesgos efectivos de aversión a la desigualdad, partiendo del cálculo utilitarista. En último lugar, las teorías consecuencialistas de corte igualitarista tienen en su marco conceptual una definición de la necesidad como aquel consumo de servicios sanitarios que permite alcanzar un cierto nivel final de salud para los individuos. Así, aquel que se sitúe en un estado de salud inferior y más alejado del nivel asumido como de referencia, será el que más necesidad tendrá de servicios

sanitarios. Como de costumbre en este tipo de enfoques, el objetivo de igualdad en la situación final debe ser entendido en sentido débil, de tal manera que no se derive de ello la recomendación de minorar el nivel de salud de aquellos que se hallan por encima del nivel referencial.

Las 4 nociones de necesidad llevan a preferir asignaciones diferentes de los servicios sanitarios, lo cual implica que el criterio de asignación en función de la necesidad de los individuos no describa de manera clara una distribución preferida a cualquier otra, a menos que expliquemos qué definición de necesidad utilizamos. Si no realizamos este ejercicio de definición unívoca, las 4 concepciones de necesidad sólo llevarán a una misma distribución preferida del consumo de servicios sanitarios si los individuos entre los cuales se hace el reparto exhiben un mismo estado de salud inicial, una misma capacidad de traducir el consumo de servicios sanitarios en incrementos de salud y unos mismos requerimientos de servicios sanitarios para hacer nula su capacidad de aprovechamiento. Se trata de una hipótesis irrelevante a efectos prácticos.

La igualdad en el acceso a los servicios sanitarios constituía otro pretendido criterio de equidad en la provisión de servicios sanitarios. Tal como existen

problemas de definición en el uso del término necesidad, también los encontramos en el del término acceso. Si entendemos acceso simplemente como utilización, el criterio resulta análogo a aquel primer criterio no consecuencialista que hemos anunciado en este apartado, es decir, igualdad en el gasto sanitario per cápita. De nuevo, pues, no se tendrá en cuenta el estado de salud del individuo. Si por igual acceso entendemos tener que afrontar unos mismos costes para un mismo consumo de servicios sanitarios, entonces adoptamos un enfoque liberal, preocupado por la igualdad de oportunidades. Pero ya hemos visto cómo la igualdad de oportunidades efectiva no resulta fácil de garantizar. Hay quien ha propuesto, en este sentido, que lo que se debería igualar es el nivel máximo de servicios sanitarios consumibles por cada individuo. Desde una perspectiva más netamente igualitarista, se ha entendido este criterio como la necesidad de asegurar que el consumo de unos determinados servicios supone la misma renuncia en términos de consumo alternativo para todos. Evidentemente, esta última noción de igualdad en el acceso implica igualar la capacidad adquisitiva de los individuos. Se trata pues, de la transformación del ideal de igualdad de oportunidades en el de igualdad genérica.

En último lugar, conviene comentar el criterio que plantea como objetivo último la igualación de los niveles finales de salud. Este criterio, evidentemente, responde a un enfoque de igualitarismo específico. Si bien se trata de un criterio que puede disfrutar de amplia aceptación y que, de hecho, inspira junto con otros algunos sistemas sanitarios públicos, resulta dudosa su idoneidad como guía para el diseño de la provisión de servicios sanitarios. En la medida que el consumo de servicios sanitarios es solamente uno de los determinantes del nivel de salud del individuo, la pretensión de igualar el nivel de salud de los individuos por medio de este tipo de consumo puede resultar inasequible. Este criterio podría ser adecuado para el diseño y la evaluación conjunta de todas aquellas políticas públicas con repercusión en la salud de los individuos, traduciéndose en un criterio distinto en el ámbito más restringido de la provisión de servicios sanitarios.

La medida de la salud

Diferentes concepciones del concepto de equidad llevan, pues, a la formulación de unos objetivos a alcanzar distintos, tanto en lo que se refiere a la distribución interpersonal de salud como a la provisión de servicios sanitarios, entendido el consumo de estos como uno de los de-

terminantes principales de la dicha distribución. En todos los casos, no obstante, surge la necesidad de comparar los niveles de salud de los individuos. Los enfoques consecuencialistas, al definir distribuciones finales ideales, comportan la necesidad de poder comparar los estados de salud en caso de querer ser utilizados como guías en la promoción de la equidad en salud. En muchos casos necesitamos no tan sólo una metodología para la medida ordinal, sino también cardinal: una cuantificación que nos permita la agregación y comparación de los niveles de salud, además de su ordenación.

Al abordar las medidas alternativas de los estados de salud resulta imprescindible referirse a los *fair innings* de Williams. Este enfoque se caracteriza por tener en cuenta la salud pasada y presente del individuo, así como la esperada para el futuro. Toda la vida de la persona, desde el nacimiento hasta la muerte, aparece como la noción a tener en cuenta. Cada individuo tendría, en el momento de su nacimiento, asignada una expectativa de vida "normal". Al menos existiría un amplio reconocimiento social de este principio, de tal manera que la muerte de un joven sería valorada como prematura, mientras una extraordinaria longevidad sería "vivir de prestado", en palabras del propio Williams⁵. Lo mismo que se afirma para la

cantidad de vida, se puede extender sin problemas a la calidad de vida. Las unidades de medida adecuadas serían, respectivamente, años de vida y años de vida ajustados por calidad (AVAC).

Tal como se ha apuntado al inicio, cualquiera de las alternativas planteadas introduce consideraciones normativas en la medición de los estados de salud. Era de esperar, al tratarse de una tarea que implica acotar un concepto semánticamente tan amplio como el de salud y escoger unos pocos elementos definitivos y cuantificables.

Conclusión

Las concepciones sobre lo que debe significar la equidad en el ámbito de la salud, pues, son muy diversas. Muchas de ellas resultan incompatibles entre sí, como no podía ser de otra manera, en la medida en que se inspiran en concepciones alternativas del bien. Resulta necesario tener siempre presente que la equidad, al ser una noción metafísica, nunca podrá ser definida de manera unívoca. Se trata de un concepto abierto, la significación del cual deviene cambiante al ser aproximado desde apriorismos y juicios de valor distintos.

No obstante, la necesidad de introducir consideraciones sobre justicia distributiva en la discusión económica y, más

concretamente, en el ámbito de la economía de la salud es inevitable en el marco del debate normativo. La promoción de la equidad es el fundamento del Estado del bienestar característico de las democracias europeas, tal y como también una concepción alternativa de equidad justifica en los EE.UU. la existencia de programas sociales como el Medicaid o el Medicare, y limita la universalización del sistema sanitario en los EE.UU. La equidad, en sus diversas formulaciones, es considerada siempre una virtud de las sociedades, un elemento favorecedor de la cohesión social y necesario para garantizar una convivencia basada en el *fair play*.

Afrontamos, pues, el reto de introducir elementos normativos confusos y, también, polémicos, en el análisis positivo. Se trata de un reto ineludible en la medida en que prescindiendo de la discusión sobre la equidad, garantizamos la perpetuación de la inequidad. En todos los países occidentales existen programas sanitarios públicos de características y dimensiones diversas. Todos estos programas afrontan los problemas habituales de escasez de recursos para atender una demanda potencialmente ilimitada. La asignación de estos recursos escasos, mientras no se definan explícitamente criterios distributivos inequívocos, se estará llevando a cabo atendiendo a crite-

rios de equidad implícitos. Pero serán criterios que no tendrán en cuenta las preferencias sociales en relación con la promoción de la equidad y que no tendrán por qué ser necesariamente consistentes, tratando de manera diferente situaciones semejantes.

Para que estos criterios sean operativos sería exigible que se formularan desde un enfoque consecuencialista. La perspectiva deontológica, a parte de poder ser percibida como excesivamente legalista desde el análisis económico, no permite prever las implicaciones de los criterios de equidad en términos de distribuciones finales. Siguiendo a Sen, “para obtener una valoración global de la importancia ética de una actividad es necesario no sólo examinar su valor intrínseco (si es que lo tiene), sino también su función instrumental y sus consecuencias”². Para resolver el problema de la equidad en salud, debemos adoptar una perspectiva consecuencialista que permita evaluar los *trade-offs* entre equidad y eficiencia. La importancia ética de la promoción de la equidad, una vez la definición de ésta haya sido acordada, podrá ser evaluada teniendo en cuenta el sacrificio en eficiencia que implica. Este enfoque nos permitirá valorar adecuadamente la relevancia ética que, a su vez, debemos atribuir a la búsqueda de la eficiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Williams A, Cookson R. Equity in Health. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. *Handbook of Health Economics*, 2000.
2. Sen A. *Sobre ética y economía*. Alianza Universidad, 1989.
3. Gonzalo E, Requejo F. L'Estat democràtic i social. Les democràcies. En: Caminal M, editor. *Manual de Ciència Política*. Ed. Tecnos, 1996.
4. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics* 1993; 12: 431-57.
5. Williams A. Intergenerational equity: an exploration of the “Fair Innings” argument. *Health Economics* 1997; 6: 117-32.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Goodwin B. *Using political Ideas*. John Wiley and Sons Ltd, 1987.
- Gray J. *Two faces of Liberalism*. Polity Press i Blackwell Publishers Ltd, 2000.
- Illsley R, Le Grand J. *The measurement of inequality in Health*. In: Williams A, editor. *Health and Economics*, 1986.
- Oliver A. Why care about health inequality? Office of Health Economics, 2001.
- Oliver A, Healey A, Le Grand J. *Addressing health inequalities*, 2002.
- Olsen JA. Theories of justice and their implications for priority setting in health care. *Journal of Health Economics*, 1997; 16: 625-39.
- Rodríguez R, Rovira J. La medida de la salud. *Farmacia Profesional*, 1999.
- Sen A. *On Economic Inequality*. Clarendon Pr, 1973.
- Sen A, Williams B. *Utilitarianism and beyond*. Cambridge University Press, 1982.
- Stiglitz J, Atkinson A. *Lectures on Public Economics*. McGraw Hill, 1980.

