

REALIDADES Y ALTERNATIVAS AL RACIONAMIENTO DESDE UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Giovanni Berlinguer

Prof. Università di Roma La Sapienza. Italia.Roma

1. Pasado y presente de la selección

La selección de los agentes, métodos y sujetos de la atención sanitaria según criterios sociales y morales se encuentra a lo largo de casi toda la historia de la medicina, como un capítulo a menudo ignorado o encubierto de la misma.

Los médicos o los filósofos sólo en raras ocasiones han reconocido o justificado su existencia. Platón, por ejemplo¹, admitió la distinción “en los Estados de dos tipos de pacientes: los hombres libres y los esclavos”, y describió las diferencias entre ambos en su calidad de agentes (médicos libres o esclavos), en el tipo de trato (consulta o exigencia, pausado o precipitado), y muy probablemente en cuanto a los resultados. En Europa, en los tiempos de la Ilustración, los pobres eran atendidos en incómodos hospitales y los ricos, en sus casas; y en París se animaba a estos últimos a apoyar a los hospitales mediante obras de caridad, en su propio beneficio. “El paciente que ocupa la cama que usted ha financiado sufre una enfermedad que usted padecerá algún día. Se recuperará o fallecerá, y en ambos casos su suerte ilustrará a su médico y de este modo le salvará a usted la vida.”² Cuando yo ingresé en la Facultad de Medicina en Italia, estudiábamos anatomía exclusivamente con los cadáveres de las personas atendidas gratuitamente por el Municipio, cuyos cuerpos se consideraban *res nullius* o de propiedad colectiva después de su muerte. Un estudio realizado hace quince años en España sobre el tiempo dedicado por los médicos generalistas al examen de sus pacientes señalaba que éste no alcanzaba los 5 minutos en un 65% de los casos cuando aquéllos eran pobres, un 38% en el caso de los trabajadores manuales, un 22% entre los de clase media y un 5% entre los de clase alta.³ Un estudio realizado en Roma en la década de los noventa sobre el acceso a los trasplantes de riñón, en los que las prioridades deberían asignarse en función de unas normas “equitativas” y “objetivas”, constató que el tiempo de espera era dos veces más prolongado para los pacientes con estudios primarios que para aquellos con estudios superiores.⁴

Sólo he citado un puñado de ejemplos, sobre una diversidad de casos, que me permiten extraer dos conclusiones. En primer lugar, que muchos dilemas bioéticos, como los relacionados con los principios éticos que deben guiar la asignación y distribución de los recursos de atención sanitaria, cuentan con unos largos y complejos antecedentes

¹ Platón, *Leyes*, IV

² J. Dulaurens: *Analyse du livre intitulé “Moyens de rendre les hopitaux utiles et de perfectionner la médecine”*. París, 1788, p. 12.

³ J.M. De Miguel, L. Lenkow, J.A. Rodríguez: *Spain*, en *The Health Burden of Social Inequities*[], OMS, Oficina Regional para Europa, Copenhague, 1984.

⁴ C. Perucci *et al.*, en prensa.

históricos que convendría analizar con mayor detenimiento. En segundo lugar, que uno de los efectos positivos del presente debate sobre el racionamiento puede ser hacer visibles, mirando al pasado y más aún con vistas al futuro, los agentes, los criterios sociales y los principios éticos que rigen las decisiones sobre cuestiones como: ¿quién? ¿cuándo? ¿cómo? ¿a quién?

2. ¿Existe un estado de guerra?

El debate surgió, de hecho, a raíz del progresivo (y a veces incontrolado) incremento del gasto público en atención sanitaria en muchos países del mundo, más que por un deseo de debatir y definir públicamente dichos criterios y principios. Incluso podríamos considerar este hecho como un “pecado original” del debate, que dio lugar a que el racionamiento se contemplase sólo como una respuesta frente a la escasez de recursos financieros. Simultáneamente, se empezó a plantear, sobre todo en las sociedades desarrolladas, la necesidad de una revisión crítica de los objetivos de la medicina⁵, de la organización de los sistemas de atención sanitaria y de la equidad en el ámbito de la salud y la atención sanitaria⁶. Se presentaron alternativas a las interpretaciones exclusivamente financieras del problema, que incorporan la cuestión del gasto sanitario pero consideran el racionamiento como un instrumento para definir los derechos de las y los pacientes (y sus límites), adoptar opciones públicas transparentes y promover una mayor equidad en relación con el acceso a la atención sanitaria y la calidad de la misma.

Esta tendencia abre paso a una ética más “basada en los valores humanos” y a políticas más completas, y lleva a reconsiderar si resulta apropiado emplear la palabra *racionamiento*.

Una definición de racionamiento es: “Término de origen militar que designa la asignación a cada miembro del grupo de su porción de provisiones.”⁷ Este sistema se aplicó por primera vez a la distribución de alimentos a escala nacional durante la Primera Guerra Mundial y durante la Segunda Guerra Mundial lo practicaron también los países neutrales frente a una situación de escasez e inflación de los precios. Por lo tanto, la siguiente parece una definición más completa: “Medida encaminada a limitar el consumo que se aplica en situaciones de emergencia, particularmente durante las guerras, para distribuir de manera equitativa los bienes indispensables disponibles.”⁸

Nadie puede discutir el derecho a utilizar en un nuevo contexto esta palabra y esta práctica, acuñadas en circunstancias muy distintas. No obstante, la palabra transmite un mensaje asociado a una guerra o a alguna emergencia de alcance mundial que crearían unas condiciones de escasez permanente de bienes esenciales y exigirían unas normas estrictas para su distribución equitativa, con objeto de hacer de la necesidad virtud. También es preciso resaltar la principal diferencia que existe con el racionamiento en tiempos de guerra. Durante una guerra, el acceso a los bienes racionados es universal,

⁵ An International project of the Hastings Center: *The Goals of Medicine. Setting New Priorities*[]. Special Supplement, Hastings Center Report, noviembre-diciembre, 1996.

⁶ *The Global Health Equity Initiative*, 1996.

⁷ *Encyclopaedia Britannica*, 1959.

⁸ *Dizionario Enciclopedico Italiano*, 1970.

nadie se puede abastecer legalmente por conductos privados y nadie queda excluido; sólo los niños y niñas, las madres y las personas enfermas, o algunos grupos seleccionados de trabajadores o trabajadoras, están autorizados a recibir raciones adicionales. El racionamiento de la atención sanitaria es justamente todo lo contrario: afecta sobre todo (o exclusivamente) a la atención sufragada a través del gasto público y no a la que se puede comprar en el mercado; y se aplica a través de la exclusión de ciertos tratamientos o individuos. En vez de introducir un trato equitativo en nombre de un reparto común de los sacrificios, puede consolidar e incrementar las desigualdades.

Es evidente que está creciendo la brecha entre las oportunidades que crea o promete la medicina y los recursos disponibles, que ni siquiera la deseable movilización de otros recursos permitiría satisfacer todas las necesidades y que es preciso elegir. No obstante, las palabras *prioridad*, aplicada a las decisiones públicas, y *selección*, aplicada a la suerte de los individuos, aunque políticamente menos correctas, probablemente sean más sinceras y apropiadas. Comoquiera que sea, más allá de las palabras, lo importante

es analizar y reconsiderar el contexto internacional en el que se propone el

3. Inversión del paradigma de la salud

En los últimos veinte años se ha producido un cambio de paradigma a escala mundial.⁹ La noción de la salud como pilar del desarrollo económico, como multiplicador de los recursos humanos y, lo que es más importante, como objetivo primordial de las políticas públicas, ha quedado desplazada de manera general por la idea contraria. Los servicios de salud pública y la atención sanitaria universal se presentan ahora como una traba, la más difícil de superar incluso, con la que topan las finanzas públicas y la “riqueza de las naciones”, de manera que la reducción del gasto sanitario (no su control y racionalización, que son imperativos en todas partes) ha pasado a ser una de las máximas prioridades para muchos gobiernos y para los poderosos organismos internacionales.

Este cambio de paradigma ha ido acompañado de un reduccionismo múltiple, que yo resumiría en los siguientes puntos:

1. Reducción de la salud en sí a la atención sanitaria y de la prevención a la medicina preventiva.
2. Reducción en la mayoría de los casos de los factores asociados a la salud y la enfermedad a factores individuales (genéticos y relacionados con los estilos de vida) o difuminación de los mismos en una “telaraña de causalidades” en la que resulta imposible identificar a la araña.
3. Reducción de la obligación del Estado, que deja de ser la atención universal para quedar limitada a la atención de la población pobre, tal como ocurría en las “ciudades libres” durante el Renacimiento o en los países europeos en el siglo XIX.
4. Reducción del debate sobre los recursos sobre todo (o exclusivamente) al tema de los recursos financieros.
5. Reducción de los múltiples interrogantes asociados a la asignación de recursos a la trágica decisión de “¿para quién?”.

Un proceso paralelo ha tenido lugar en el ámbito de la medicina: “la medicina científica del siglo XX, centrada en la búsqueda de medios médicos y tecnológicos que permitan reducir la mortalidad y la morbilidad, ha dejado de lado la salud pública y la atención primaria. Ambas han carecido de atractivos para captar fondos de investigación o premios Nobel, y ninguna de las dos promete grandes rendimientos a la industria de la atención sanitaria como negocio. En muchas partes del mundo, el público, al igual que muchos políticos, se ha avenido a seguir la corriente.”¹⁰

4. Incremento de las desigualdades en el ámbito de la salud

⁹ G. Berlinguer: *Globalization and Global Health*, en prensa.

¹⁰ D. Callahan: *Equity and the Goals of Medicine*, Who-CIOMS Conference on Ethics, Equity and Renewal of the Health for All WHO Strategy, 12-14 de marzo, 1997.

Los tres fenómenos que he intentado resumir, esto es, un nuevo paradigma, el reduccionismo y las tendencias en el campo de la medicina, tienen unos antecedentes comunes en la evolución política y cultural durante los últimos decenios del siglo XX. Además, son convergentes y sus efectos se multiplican mutuamente, tanto en lo que respecta a sus principios éticos como en cuanto a sus consecuencias prácticas. No me propongo analizar aquí estas tendencias; tampoco pretendo subvalorar los numerosos y múltiples logros de nuestra época, incluidos los conseguidos en el ámbito de la salud. Yo añadiría que su rápido y universal arraigo no es únicamente fruto de los intereses económicos y de decisiones políticas, sino que también se debe a que satisfacen necesidades reales.

Sin embargo, ¿cuáles son las consecuencias prácticas y éticas de esta tendencia? La idea básica según la cual la economía de mercado y las políticas de “ajuste” extenderían de manera espontánea sus beneficios a la vida cotidiana y la salud de las personas está quedando desplazada por la preocupación y a veces también por el desaliento cuando pensamos en el futuro: “Tenemos que reconocer que la corrección de los desequilibrios presupuestarios puede suponer la pérdida de programas destinados a asegurar la escolarización de los niños y niñas, la desaparición de programas destinados a garantizar la atención sanitaria para la población más pobre, la falta de créditos para las pequeñas y medianas empresas ... y su quiebra ... [Ello] refleja un creciente sentimiento de que algo falla en un sistema en el que los mercados financieros vapulean incluso a los países que han aplicado políticas económicas enérgicas durante años, en el que los trabajadores y trabajadoras de dichos países van a perder sus puestos de trabajo, la educación de sus hijas e hijos quedará truncada y sus esperanzas y sus sueños se harán trizas.”¹¹ Cuando se evalúa el profundo impacto de las políticas del Banco Mundial sobre la implantación de reformas sanitarias orientadas hacia el mercado en el mundo entero (reformas que se pueden considerar como uno de los mayores experimentos humanos que jamás se han llevado a cabo, probablemente sin un consentimiento plenamente informado y desde luego sin un análisis de costes y beneficios desde el punto de vista de la salud y de la equidad en este ámbito) cabe preguntarse si dicha institución, que sustituyó el liderazgo perdido o abandonado por la OMS¹², representa una solución o una parte del problema.

Casi en todas partes están aumentando las diferencias injustas y evitables entre países y dentro de cada país en el ámbito de la salud. Según la OMS: “Casi 1300 millones de personas viven en condiciones de pobreza absoluta en la actualidad. La pobreza es la causa principal de desnutrición y mala salud; contribuye a la propagación de las enfermedades, mina la eficacia de los servicios sanitarios y frena el control de la población. La morbilidad y las discapacidades entre los grupos pobres y desfavorecidos generan una espiral perversa de marginación, pobreza persistente y un nuevo deterioro de su estado de salud.”¹³ Las desigualdades están aumentando también en los países desarrollados. En el Reino Unido, que cuenta con la mejor tradición de análisis en este ámbito desde 1921, el estudio independiente sobre las desigualdades en materia de

¹¹ J. D. Wolfenshon, Presidente del Banco Mundial: *The Other Crisis*. Discurso pronunciado ante la Junta de Gobernadores, Washington, D.C., 6 de octubre, 1998.

¹² M. Koivusalo y Eeva Ollila: *Health Policies by Default. The Changing Scene of international Health Policies, ponencia presentada en el Congreso Mundial de Sociología, Montreal, 1998.*

¹³ *Health for All in the Twenty-first Century* [La salud para todos en el siglo XXI], OMS, A 51/5, Ginebra, 1998, pág. 9.

salud, *Independent Inquiry into Inequalities in Health*¹⁴, reveló que la brecha en la mortalidad entre las clases I y II (profesionales, directivos y técnicos) y las clases IV y V (obreros parcialmente cualificados y no cualificados) se incrementó de un 53 % a finales de los años setenta a un 68 % a finales de los ochenta, en el caso de los hombres, y de un 50 % a un 55 % entre las mujeres (pág. 11); que la esperanza de vida a los 65 años era considerablemente mayor en las clases sociales más altas y el diferencial se incrementó durante el mismo período, sobre todo en el caso de las mujeres (pág. 13); y que existen diferencias análogas en las tasas de morbilidad y de accidentes (págs. 14-16). En otros países en desarrollo se observa la misma tendencia (en los casos en que ésta se ha analizado). Esto permite argumentar que existe un racionamiento sumamente desigual de la salud misma.

Un motivo de preocupación desde un punto de vista ético es que el concepto de la salud como un todo indivisible –un hito alcanzado a mediados del siglo XX, el principio fundador de la propia OMS y uno de los principales objetivos de las políticas de bienestar en Europa– podría quedar reemplazado por la convicción ampliamente extendida de que un grupo de países podría llegar a disfrutar del mejor estado de salud posible mientras en el resto del mundo prevalecía el sufrimiento y que lo mismo podría repetirse en el interior de cada país. Un editorial del *The Castings Center Report* expresaba un motivo de preocupación paralelo: “Antes, la ética se ocupaba de la justicia y el acceso a los derechos de los pacientes; actualmente se ocupa del racionamiento de los servicios de salud.” De hecho, la salud, que posee un valor intrínseco e instrumental como base para la autodeterminación del individuo, también es uno de los mejores indicadores del nivel de protección o fomento de los restantes derechos humanos en una sociedad. Además, el reconocimiento o la negación del derecho a la salud afecta a casi todos los demás derechos.

5. Una nueva tendencia

En el último par de años han surgido en diferentes lugares del mundo muchos grupos e iniciativas a favor de la equidad en materia de salud y en la atención sanitaria. La prensa científica cualificada comenzó a escribir intensamente sobre esta cuestión, los organismos internacionales (como la OMS y también el Banco Mundial) empezaron a hablar del tema, las asociaciones internacionales comenzaron a incluirlo en sus programas y, en la década de los noventa, el problema se incorporó al orden del día con mayor rapidez y firmeza de lo que cabía esperar.

Si intentamos interpretar las causas de esta evolución, a mí se me ocurren dos razones distintas. Una es negativa: las desigualdades siguen aumentando y son cada vez más evidentes. La otra es positiva y una cita de Amartya Sen permite explicarla: “La información sobre las discriminaciones, las torturas, la miseria, las enfermedades o el abandono favorece la coalición de fuerzas contra estos hechos, al hacer extensiva a la opinión pública más amplia la oposición de las víctimas. Esto es posible porque las personas son capaces de reaccionar frente a las dificultades que sufren los demás y están

¹⁴ *Independent Inquiry into Inequalities in Health*, Informe (Presidente: Sir Donald Acheson), The Stationary Office, Londres, 1998.

dispuestas a hacerlo”¹⁵. Podríamos añadir que la desigualdad en el ámbito de la salud probablemente se acepta y se tolera menos, moralmente y en la práctica, que las desigualdades en los ingresos, por ejemplo, ya que afecta a la vida misma y porque todavía existe una percepción bastante general de la interconexión entre los estados de salud de los diferentes colectivos.

Esta evolución aparece vinculada a un cambio en el clima internacional, que yo me atrevería a describir como una pérdida de hegemonía del fundamentalismo monetario, cuya autoridad ya no se corresponde con su poder. Tal vez sea interesante resaltar –sin dejar de rechazar, obviamente, la percepción de la salud como un “problema de partido”– que la suerte futura de los sistemas asistenciales y de atención sanitaria tuvo un peso fundamental sobre las decisiones políticas entre 1996 y 1999. El conflicto se planteó a veces en términos de ataque y defensa, pero con mayor frecuencia como una disyuntiva entre el desmantelamiento y la renovación, que comprendería una definición de prioridades y la transformación del sistema para hacerlo más justo, libre, flexible y eficaz. Nadie puede saber con certeza cuándo y de qué modo se va a empezar a aplicar efectivamente la opción a favor de la renovación que se ha adoptado en la mayoría de países de la Unión Europea. De momento, podemos interpretarla como un síntoma y una esperanza.

Ya se ha empezado a registrar un cambio significativo en la actitud de la UE en lo que respecta a la salud. Se ha alcanzado uno de los mejores niveles del mundo en este ámbito, no como resultado de un mayor nivel de gasto en atención sanitaria (los Estados Unidos gastan casi el doble), sino gracias al “valor añadido” que permite obtener en el ámbito de la salud y el bienestar la combinación de democracia, libre mercado y justicia social. El Tratado de Maastricht¹⁶ ya incluía, por primera vez, la salud pública entre las competencias de la Comunidad (artículo 129), si bien con muchas limitaciones y con un enfoque centrado sobre todo en los “grandes azotes” (como el SIDA, la drogadicción y el cáncer), como si los europeos estuviesen amenazados por enemigos de procedencia externa. El nuevo Tratado de Amsterdam, actualmente en proceso de ratificación, amplía las tareas de la UE. La Comisión considera que una de las principales líneas de acción debería ser “actuar sobre los determinantes de la salud a través del fomento de la salud y la prevención de las enfermedades”. Sus principales propuestas¹⁷ son tomar en consideración “el creciente reconocimiento del papel de los factores sociales y culturales como variables explicativas del estado de salud y de las desigualdades en materia de salud” (3.3) y contrarrestar la “*guetización* de la sanidad pública” (4.1). La primera Recomendación es que “el núcleo central de los futuros esfuerzos de la UE en el ámbito de la sanidad pública debe ser la integración de la evaluación del impacto sobre la salud en los ámbitos de aplicación de las políticas de la UE que son determinantes para la salud (5.5.i).

¹⁵ A. Sen: *La libertà individuale come impegno sociale* [La libertad individual como compromiso social], Laterza, Bari, 1997.

¹⁶ Comunicación de la Comisión sobre el “Desarrollo de la política de salud pública de la Comunidad Europea”, COM(1998) 230 final, Bruselas, 15 de abril 1998.

¹⁷ *European Union Health Policy on the Eve of the Millennium. A Background Study for the Public Hearing on Health Policy*, 28 de octubre, 1998, SACO 102 EN.

6. ¿Redistribución de qué?

Todos estos hechos (que en la UE aparecen acompañados de muchas contradicciones) constituyen a mi modo de ver una tendencia que es preciso reconocer: en primer lugar, en el sentido de que las políticas públicas deberían conceder una mayor prioridad a la salud en sí misma; en segundo lugar, en el sentido de que los principales determinantes de las desigualdades en materia de salud son de carácter social y cultural; en tercer lugar, en el sentido de que las principales amenazas son de origen interno y una evaluación previa de las políticas (y de las acciones humanas en general) es esencial para reducir los riesgos y fomentar la salud.

En lo que respecta a la distribución (que sería el objetivo principal del racionamiento), la tarea preliminar parece ser una redistribución más equitativa de la salud. Este objetivo, aun siendo deseable, se debería plantear en términos más amplios como la mejora de la salud de toda la población (incluida la gente rica), a fin de que el resultado no sea una “salud igual para todos”, que es un absurdo desde el punto de vista biológico y antropológico, sino que cada individuo tenga la oportunidad de alcanzar su pleno potencial de salud. Esto se puede conseguir principalmente reduciendo las enfermedades y muertes injustas y evitables, que presentan una distribución individual fuertemente determinada por la clase social, la exposición al riesgo, el nivel de ingresos, el sexo y la educación. Este objetivo concuerda con los intereses y valores comunes, puesto que la salud no es un resultado de “suma cero”, un bien que sólo requiera una mejor

distribución. Una mayor equidad en el ámbito de la salud puede tener un efecto

Esta “nueva tendencia” (que es tan antigua como la tradición de la prevención y la salud pública) tiene que incorporar el problema de los recursos, de su definición y su distribución. Me gustaría introducir este problema con una pregunta: ¿qué medidas específicas han reportado el mayor beneficio a la humanidad en la era postantibiótica –tal como reza el título del libro de Roy Porter– a través de la reducción de las muertes evitables? Yo citaré dos descubrimientos (existen muchas otras opciones legítimas, dado el carácter problemático de cualquier análisis comparado).

Uno es la identificación en la década de 1960 de los diferentes factores causantes de la mortalidad por enfermedades coronarias –como la nutrición, la hipertensión, el estrés, el fumar y el sedentarismo– por medio de una encuesta epidemiológica amplia que se realizó en siete países. Roy Porter, después de criticar las “baterías de sofisticados equipos de control ... sumamente costosos e intensivos en capacitación técnica” que se vienen empleando en los Estados Unidos desde la década de 1950 e insinuar que “jamás se ha verificado la verdadera utilidad de las unidades de atención coronaria”, escribe que: “Posiblemente, lo que más ha contribuido a reducir la incidencia de las enfermedades coronarias, sobre todo en los Estados Unidos, no son esas costosas técnicas de gestión destinadas a remendar el daño, sino la adopción de estilos de vida más sanos como resultado de una mejor comprensión de la causa de buena parte de las afecciones cardíacas.”¹⁸

El segundo sería para mí la terapia de rehidratación oral (TRO), basada en el uso de una solución extraordinariamente simple de azúcar, sal y agua, que se experimentó en los años sesenta y se introdujo treinta años atrás como un medio para salvar las vidas de los lactantes, niños y niñas (y otras personas) severamente afectados por la deshidratación asociada a las diarreas, que es una de las principales causas de mortalidad en los países pobres. La TRO es un tratamiento que “únicamente” evita las muertes por diarrea, pero con ello permite que los niños, niñas y lactantes sobrevivan y a menudo también su recuperación. La TRO ha salvado y sigue salvando millones de jóvenes vidas. Como escribió un historiador: “La imponente y persistente ignorancia del *establishment* médico occidental, que se mantiene más de veinte años después de este descubrimiento, es asombrosa ... en ella parecen intervenir también consideraciones financieras”¹⁹. Recurrir al tratamiento intravenoso, a pesar del riesgo de infecciones, o recetar antibióticos, a pesar de que crean resistencias, resulta más caro, pero puede ser más “cómodo”.

Ambos ejemplos, aunque proceden de ámbitos distintos y benefician a personas y países distintos, presentan muchas características en común: a) bajo costo; b) fácil acceso; c) distribución equitativa; d) movilización de los recursos individuales, tanto naturales como culturales.

¹⁸ R. Porter: *The greatest Benefit to Mankind, A Medical History of Humanity*. W.W. Norton & Company, Nueva York-Londres, 1997, págs. 584-585.

¹⁹ J. Nalibow Rukin: “Magic Bullet: the History of Oral Rehydration Therapy”, en *Medical History*, 38, págs. 363-397.

7. ¿Quién decide?

Mi elección puede ser sesgada e inadecuada. Sin embargo, lejos de pretender menospreciar los enormes beneficios que reportan la investigación y la tecnología avanzadas, lo que me interesa resaltar es el enorme sesgo que supone limitar el concepto de recursos a los de tipo financiero y cuán desacertado es pensar que sólo los productos costosos, la especialización profesional y los instrumentos de alta tecnología –cuyas características comunes tienden a ser un alto coste (y beneficios también altos), acceso difícil y no equitativo, y la delegación del cuidado de nuestra salud en algo o alguien ajeno– pueden lograr efectos profundos y de amplio alcance en los ámbitos de la prevención y el tratamiento.

La “industria de la atención sanitaria orientada a la obtención de un beneficio” influye sobre las opciones elegidas por obra de las falsas esperanzas, espontáneas o inducidas, de poder alcanzar una salud perfecta²⁰, y también debido a la actitud de los sistemas de atención sanitaria y de los médicos y médicas que desdeñan la medicina basada en la evidencia y difunden otra sin pruebas que la corroboren. Por ejemplo, los partos mediante cesárea representan menos de un 10 % del total en Bélgica y los Países Bajos, un 23,5 % en los Estados Unidos, un 26,1 % en Italia y un 32 % en Brasil.²¹ Es sabido que el modo de remuneración de los médicos y médicas influye mucho sobre el gasto sanitario. En los países desarrollados se emplean una diversidad de métodos, pero cuando su remuneración se basa en el pago de “honorarios por servicio”, el gasto sanitario es un 45 % más alto que cuando se aplica el criterio “per cápita”.²² La probabilidad de que a una mujer se le practique una histerectomía en los Estados Unidos o en Suiza es un 35-70 % más alta que en Finlandia y un 165-230 % más alta que en Noruega, una circunstancia en cuyo contexto resulta moralmente más significativo el tema de la integridad y la libertad sustantiva de las mujeres que el del despilfarro de recursos financieros. Los hijos e hijas de profesionales de la cirugía y la abogacía presentan la tasa más baja de tonsilectomías entre el conjunto de la población de los Estados Unidos, no por razones médicas sino por motivos sociales perfectamente comprensibles (solidaridad en el caso de los primeros y miedo en el caso de los segundos), y su integridad se encuentra por lo tanto más protegida.

A pesar de estos datos, las presiones se orientan principalmente a favor de la ampliación de los sistemas de “honorarios por servicio” y de las reformas sanitarias basadas en la aplicación de los principios del mercado, en vez de intentar desarrollar sistemas que permitan la convergencia de los intereses de los profesionales y de la industria con las necesidades de los ciudadanos y el control del gasto.²³

²⁰ D. Callahan, *False hopes: Why America's quest for perfect health is a recipe for failure*, Simon & Schuster, 1998.

²¹ J. Figa Talamanca: “La violenza contro le donne” [La violencia contra las mujeres], en *La salute in Italia. Rapporto 1999*, Ediesse, Roma, 1999.

²² OCDE, *Health Data Base*, 1998.

²³ A Donzelli, “Modifiche del comportamento medico in relazione ai sistemi retributivi” [Cambios en el comportamiento médico en relación con los sistemas de remuneración], en *La salute in Italia. Rapporto 1999*, Ediesse, Roma, 1999.

8. Recursos financieros: ¿escasez absoluta o relativa?

El reconocimiento de la escasez de los recursos financieros disponibles para la atención sanitaria debería apuntar en la dirección citada. Dicho esto, podemos plantearnos, además, dos preguntas con respecto a la escasez. En primer lugar, ¿dicha escasez es absoluta o relativa? John Harris sugirió que “la pregunta no se debería formular exclusivamente en términos del presupuesto de atención sanitaria, sino en el marco del *presupuesto nacional* [e internacional]. Si así se hace, quedará más patente que sencillamente no es cierto que no se disponga de los recursos necesarios para salvar las vidas de los ciudadanos”²⁴ Aun cuando es posible que esto sea cierto sólo (o sobre todo) en el caso de los países desarrollados (si bien muchos países pobres gastan proporcionalmente más en la adquisición de armamento), conviene dejar claros dos puntos: que los recursos financieros no son infinitos y que no se pueden considerar *las prioridades en materia de atención sanitaria* (cuál y a quién) sin haber considerado previa y simultáneamente *la prioridad de la salud* como objetivo común de la sociedad.

La segunda pregunta es: ¿de dónde proceden los recursos financieros y a qué se dedican? No voy a detenerme en este punto, que implica una crítica contra algunos sistemas públicos que transfieren recursos de los trabajadores y trabajadoras a la clase media y a los sistemas de seguro privado, que seleccionan a las personas beneficiarias y los tratamientos y dejan a importantes sectores de la población sin ninguna protección. El problema de la equidad también afecta al análisis de los diferentes enfoques desde los que se aborda la financiación de la atención sanitaria: ingresos fiscales generales, impuestos específicos, contribuciones a la seguridad social, primas de seguro privadas, pago de tarifas por los usuarios y usuarias, y financiación comunitaria. Cada sistema tiene efectos distintos sobre la distribución y también puede tener profundas implicaciones éticas. Por ejemplo, en Corea del Sur, el paso de la vacunación gratuita al cobro de una tarifa pagada por las familias dio lugar a una nueva discriminación de género: la relación entre los sexos de las criaturas recién nacidas vacunadas es ahora de 4:1.²⁵

9. ¿Para quién?

Existen al menos siete procedimientos de racionamiento implícito, que espero que se documenten y se desenmascaren, y al menos doce criterios, a menudo contrapuestos, para responder explícitamente a la pregunta “¿para quién?”. Se trata de decisiones que afectan ante todo a la población y una democracia tendría que ser muy rara y deficiente para no incluir en su programa algún tipo de procedimiento para abordar las cuestiones que afectan a la vida y a la muerte. Con gran frecuencia “las políticas sanitarias ... solían prestar escasa atención a su impacto sobre las personas, a quienes en muchos casos se consideraba sobre todo como receptoras de los servicios”²⁶. En otras palabras,

²⁴ J. Harris, “QALYfying the value of life” [Calificar el valor de la vida], en *Journal of Medical Ethics*, 1997, 13, pág. 122, y *The Value of Life* [El valor de la vida], Routledge & Kegan Paul, Londres, 1985, cap. 3.

²⁵ I. Figà Talamanca, *La violencia contro le donne* (véase la nota 21).

²⁶ P. Makara, *Health Promotion and Democracy* [Promoción de la salud y democracia]. Conferencia Europea Permanente de Comités Nacionales de Ética, París, 12-13 de enero, 1998.

“deberíamos intentar volver a poner en manos de las personas el problema de la salud y rescatarlo de las manos de los expertos”. Informar e involucrar a los ciudadanos y ciudadanas, procurando evitar la parcialidad y también la demagogia, podría contribuir a estimular asimismo el enorme potencial de las personas individuales, las familias y las comunidades como productoras de su propia salud y participantes activas en la toma de decisiones sobre las asignaciones de recursos a escala “macro”.

También podría ayudar a la bioética a evitar seguir un patrón “justificativo”, legitimando por ejemplo la discriminación de ciertos individuos. Pienso en el concepto de calidad de vida, que se acuñó con una finalidad positiva –después de haber añadido en nuestro siglo muchos años a las vidas humanas, añadir también vida (calidad) a los años– y que ahora se insinúa o se invoca, no como una medida de lo que se ha conseguido o se puede conseguir para cada individuo o grupo, sino como un instrumento –la esperanza de vida corregida en función del bienestar o QALY (*Quality Adjusted Life Years*)– para decidir quién es más y quién es menos merecedor de vivir.

Para acabar, quisiera volver al tercer apartado de este texto y recordar los tres fenómenos que he intentado describir (nuevo paradigma, reduccionismo, tendencias en el ámbito de la medicina) para sugerir que las alternativas al racionamiento podrían consistir sobre todo (aunque no exclusivamente) en alternativas a esos tres procesos.

