

Economia i ètica. Són aliades o antagonistes per fer política de salut?

Victor R. Fuchs

Traducció de Gaietà Permanyer Miralda i Joan M. V. Pons de l'article: Victor VR. Ethics and economics: antagonists or allies in making health policy? *West J Med.* 1998;168:213-6.

L'ètica i l'economia són, en part, dues maneres diferents de pensar sobre les eleccions. L'ètica tracta del contingut moral de l'elecció i l'economia tracta de la seva eficiència. Lluny de creure-les irreconciliables, la millor manera d'entendre l'ètica i l'economia en política de salut és com a visions complementàries d'eleccions que es plantegen perquè cap nació no pot donar a *tots* els seus ciutadans *tota* l'atenció mèdica que els *podria* fer algun bé. Abraham Lincoln digué: "*Podeu enganyar tothom durant algun temps; podeu enganyar algú sempre; però no podeu enganyar tothom sempre*". Pel que fa a l'atenció sanitària, una nació pot donar a tota la seva gent alguna de les atencions que els pot fer algun bé; pot donar a alguna de la seva gent tota l'atenció que els pot fer algun bé; però no pot donar a tothom tota l'atenció que els pot fer algun bé.

Aquesta limitació fa que la política de salut hagi d'abordar diferents qüestions difícils. En primer lloc, quina amplitud ha de tenir l'assegurança de la salut en termes del nombre d'individus atesos? En segon lloc, quina amplitud ha de tenir el ventall de serveis oferts? En tota l'extensió d'aquestes qüestions s'hi enllacen d'altres, derivades de la incertesa dels efectes de l'atenció mèdica. La majoria d'accions mèdiques té resultats de tipus probabilístic, tant si són preventives, diagnòstiques, terapèutiques o de rehabilitació. Hi ha poca certitud en les decisions mèdiques. En un món d'incerteses, les decisions sobre l'amplitud i el ventall de la cobertura resulten molt més complicades. Com ha de ser de gran la probabilitat d'efectivitat quan es vol assolir un equilibri acceptable entre el nombre de persones cobertes i el ventall de tractaments oferts a cadascú? Com es poden bescanviar les probabilitats en un sentit per un conjunt diferent de probabilitats en un altre?

A molts els agradaria pensar que hi ha *atenció mèdica necessària* i *innecessària*, però aquesta dicotomia no acostuma a ser una manera realista de descriure l'atenció mèdica. El caràcter probabilístic de la majoria de les

intervencions mèdiques també fa que sigui problemàtic dividir-les en *atenció bàsica* i *atenció de luxe*. Algunes intervencions tenen una major probabilitat de ser efectives que altres, però no es pot pas dir que fins i tot una intervenció amb baixa probabilitat d'èxit sigui un "luxe" per al malalt que se'n beneficia.

Com que cada cop es reconeixen més els problemes econòmics i ètics de les eleccions sobre atenció sanitària, líders polítics, professionals de la salut i acadèmics de més de 50 països varen organitzar, l'octubre de 1996, la primera reunió internacional sobre "Prioritats en atenció sanitària" (*Priorities in health care*) a Estocolm, Suècia. Centrar-se en l'*establiment de prioritats* és una bona manera de començar, però pot ésser ben bé que això no abordi plenament tot el que comporta la *distribució de recursos*. Entre els dos conceptes hi ha distincions subtils però importants. En primer lloc, *establiment de prioritats* pot suggerir un model lineal: com una cua en un forn de pa amb molta gent on algú arriba primer, segon o tercer. En economia, *establiment de prioritats* suggereix un model circular i no pas lineal. Tothom és en un cercle i tothom rebrà alguns recursos, però no els mateixos; no hi ha primer ni segon ni tercer. Una segona diferència és que l'expressió *establiment de prioritats* pot suggerir una decisió *única i per sempre*. Però la ciència mèdica, els problemes sanitaris i les condicions socials canvien, de manera que el problema de la distribució de recursos no es pot resoldre una sola vegada i per sempre. Pel cap alt, el que pot fer una nació és posar en funcionament un bloc de mesures i principis que distribueixin una i altra vegada els recursos de manera continuada.

Si s'accepta que hi ha un problema de distribució, cal plantejar-se dos objectius fonamentals per a la societat: distribuir els recursos sanitaris de manera tan *justa* com sigui possible i distribuir els recursos per tal de fer *tant bé* com sigui possible. Immediatament salta a la vista la naturalesa problemàtica d'aquestes afirmacions. Què vol dir *tan just com sigui possible*? La justícia és potser com la bellesa, una qualitat que depèn de qui la mira? Quins estàndards o criteris poden fer-se servir? Quins conceptes poden ajudar a entendre què vol dir *distribuir amb justícia*?

I, què vol dir *fer tant bé com sigui possible*? Una resposta podria ser salvar tantes vides com fos possible, però aquesta resposta planteja diferents problemes. Primer, ja que la mort és inevitable, és més precís dir que l'atenció mèdica *allarga* vides. Per tant, algunes vegades es fan servir els anys de vida afegits (augment de l'esperança de vida) com a mesura del bé fet per l'atenció mèdica. Però una part de l'atenció mèdica se centra més en millorar la *qualitat* de vida mitjançant la prevenció o l'alleujament del dolor o la discapacitat: aquesta orientació ha motivat la mesura del bé produït per l'atenció mèdica en forma d'augment dels *anys de vida ajustats segons qualitat*. I això també pot ser inexacte, perquè algun tipus d'atenció mèdica *fa bé* a través de l'empatia, la dedicació, l'asserenament i el suport, encara que no tingui efecte sobre els resultats objectius. Per tant, definir què vol dir *fer bé* és problemàtic, tant com definir què vol dir ser just.

Es defineixi com es vulgui, poden sorgir conflictes entre ser just i fer el bé. Cal tolerar algun grau d'injustícia per tal de poder fer molt més bé? Es pot acceptar alguna reducció del bé que es fa per tal d'augmentar la justícia? Aquestes són qüestions importants a les quals poden donar llum tant l'ètica com l'economia. L'ètica pot ajudar a raonar sobre la justícia i l'economia pot ajudar a raonar sobre com es pot maximitzar el bé; totes dues són importants quan hi ha d'haver un bescanvi entre dos objectius.

Una manera senzilla de començar a pensar en aquests problemes d'elecció en l'atenció sanitària és imaginar un metge que té malalts a l'hospital i un temps limitat per passar visita. Com ha de repartir el seu temps entre aquests malalts per ser just i fer tant bé com sigui possible? Aquest dilema s'assembla al que afecta a una nació que ha d'establir una política sanitària. Per tal de ser més específics, imagineu que el metge té 12 malalts a l'hospital i dues hores per passar visita. Per què només dues hores? Perquè ha de dedicar el seu temps a altres demandes: malalts ambulatoris, recerca, docència, família i altres. Aquesta és una situació semblant al problema que ha d'abordar una nació per tal de distribuir els seus recursos a l'alimentació, el transport, la vivenda, etcètera, a més de l'atenció sanitària. Hi ha la temptació de dir que el metge ha de gastar més temps passant visita o que la nació ha d'augmentar la seva despesa sanitària, però ni en un cas ni en un altre no desapareixerà el problema d'haver d'escollir. Avui, als EUA, la despesa sanitària *per capita* és quatre vegades més gran que fa 80 anys (després d'ajustar-ho per la inflació), però el problema de distribució és tan viu ara com ho era aleshores.

Com a guia per a la distribució del temps, el metge pot seguir alguna mena de norma implícita o explícita. Penseu en alguna d'aquestes possibilitats. Suposeu que el metge decideix passar el mateix temps en cada malalt: es reserva deu minuts per a cadascun. Aquesta no sembla una norma gaire intel·ligent, però si s'equipara la justícia

amb la igualtat és probable que aquesta norma no es consideri injusta (és *transparentment* justa). La transparència és important perquè és possible que la gent comuna no vegi bé les decisions polítiques que han rebut l'aprovació d'un comitè d'ètica. En la nostra societat cal que una política sigui acceptada com a justa per part de la ciutadania, independentment de l'opinió dels professionals de l'ètica.

Des del punt de vista de fer tant bé com sigui possible, una possible objecció a aquesta primera norma és que cada malalt es beneficia de manera diferent de l'atenció mèdica. Alguns malalts poden necessitar molta atenció i altres, no tanta. Penseu, doncs, en un altre tipus de norma. Com a mitjana, els malalts tendeixen a beneficiar-se més de l'atenció en els primers dies de l'estada a l'hospital; sovint molt en el primer dia, potser una mica menys en el segon i cada cop menys a mesura que s'acosta el dia de l'alta. Per tant, el metge podria variar la quantitat de temps en relació inversa amb el nombre de dies des de l'ingrés. Aquesta norma té més sentit que la primera des del punt de vista de fer tant bé com sigui possible i encara és prou justa i transparent, perquè cadascú és tractat de manera igual durant la seva estada.

Aquesta segona norma és similar, en algun aspecte, a la qüestió de com cal distribuir els recursos sanitaris al llarg del cicle vital. S'ha de distribuir els recursos de manera igual en els malalts sense tenir en compte el seu moment en el cicle vital? O bé es satisfà la justícia quan es té en compte el moment del cicle vital a l'hora de distribuir-los? Norman Daniels, Daniel Callahan i altres especialistes en ètica han defensat això últim¹. Pensen que, atès que la majoria de persones passen de la joventut a la maduresa i decauen (igual com cada malalt passa del primer dia d'ingrés al segon i així successivament), és ètic plantejar a quin punt del cicle vital es troba una persona quan es distribueixen recursos.

Una feblesa d'aquesta segona norma és que pot ser que la situació del malalt no millori regularment al llarg de la seva estada a l'hospital: el tercer dia pot aparèixer una infecció o una altra complicació el quart. Caldria modificar la norma de manera que variés el temps del metge en funció de la complexitat i gravetat de l'estat del malalt. Des del punt de vista de fer el major bé, això seria una millora. Però la justícia transparent s'hauria perdut, perquè la distribució del temps quedaria sotmesa al judici individual del metge sobre qui se'n beneficiaria i en quin grau. La norma també és defectuosa des del punt de vista de maximitzar la magnitud del bé: és possible que un malalt estigui greu però que sigui poc el que el metge pot fer per ell. I un altre, no pas tan greu, podria beneficiar-se més d'un temps suplementari del metge. A més de l'estat del malalt i la capacitat del metge d'ajudar-lo, hi hauria altres factors que poguessin afectar la distribució del temps? La importància del malalt per a la comunitat? Les seves característiques personals? Hi ha molts conflictes potencials entre ser just i fer el bé.

Dos conceptes útils per a raonar sobre l'eficiència i l'equitat en l'atenció sanitària són la *maximització mitjançant la utilitat marginal* i l'*elecció darrere el vel de la ignorància*. La primera és una expressió ja consagrada per l'ús i feta servir sovint pels economistes, però no procedeix directament de l'economia. Prové del càlcul i, en essència, és una proposició matemàtica per maximitzar la diferència entre dues funcions escollint el nivell al qual les taxes de canvi són iguals. Penseu altre cop en l'exemple del metge que ha de distribuir el seu temps entre els malalts hospitalitzats. Si el metge aspira a fer tant bé com sigui possible, buscarà intuïtivament la igualtat marginal. És a dir, mirarà de distribuir el seu temps de manera que l'última part del temps que dediqui al malalt A faci tant bé com l'última part de temps que dediqui al malalt B. Quan arribi a aquest punt, la quantitat de bé feta a l'extrem marginal del temps serà igual per a cada pacient i la quantitat total del bé fet serà màxima.

El segon concepte no posseeix el rigor matemàtic de la maximització, però pot ajudar a entendre la justícia. La idea de l'*elecció darrere el vel de la ignorància* va ser popularitzada pel filòsof John Rawls en *A theory of justice*². És una idea antiga que, d'una manera o altra, es remunta com a mínim fins a Immanuel Kant i va ser analitzada ja fa 50 anys per un economista que va guanyar el premi Nobel, William Vickerey. El fonament d'aquesta idea és senzill: resulta difícil raonar sobre la justícia quan saps qui ets i de quina manera t'afectaran, a tu o als teus éssers estimats, les diferents polítiques. Si el pare o la mare vells estan molt malalts, és normal que el fill o la filla pensin que cal dedicar més recursos a tenir cura de la gent gran. Si un nen està greument malalt, és normal que els pares pensin que s'ha de destinar una proporció més gran de recursos a l'atenció mèdica dels nens. I així successivament. Des d'un punt de vista operatiu, aquest concepte demana que qui s'encarregui d'escriure les normes de la política de salut ho faci com si *els papers de la funció no haguessin estat repartits encara*. Fins allà on sigui possible, l'analista o el polític mira de pensar sobre el problema de la justícia com si desconeguesses les seves circumstàncies personals (des de *darrere el vel de la ignorància*). Gènere, estat financer i edat, tot això resta amagat. Des de darrere el vel de la ignorància, una persona escull les polítiques de salut que li semblen justes. És una feina difícil, però moltes persones han trobat que aquest concepte els ha estat útil com una manera de començar a raonar sobre la justícia des d'un punt de vista ètic; sovint porta a conclusions diferents de les assolides sense veure les coses a través del vel de la ignorància.

Cercar l'eficiència i l'equitat en l'atenció sanitària porta a diferents problemes quan cal prendre decisions sobre recerca mèdica i distribució de recursos a diferents generacions. Un argument a favor de la recerca mèdica és que el progrés científic (la producció de nou coneixement) és un bé per si mateix. Té un valor intrínsec, com

la bellesa o la veritat; de fet, és un aspecte de la veritat. En abstracte, l'argument és atractiu, però li manca valor pràctic perquè no dona orientació sobre quant cal invertir per buscar nou coneixement. Seria just que la generació actual doblés el pressupost de recerca a expenses de reduir els recursos per atendre als que estan malalts ara? Seria just que la generació següent reduís el pressupost de recerca a la meitat? Representaria cap d'aquestes dues mesures un ús de recursos més eficient que la distribució actual?

Aquestes preguntes condueixen a una visió conseqüencialista de la recerca mèdica: el seu valor ve determinat per la seva capacitat de generar nou coneixement que permetrà una atenció sanitària millor en el futur. Però hi ha preguntes que romanen. Com cal avaluar els beneficis futurs? Quant s'hi hauria d'invertir? L'aversion al risc i la depreciació amb el temps són conceptes econòmics que ens permeten pensar de manera sistemàtica sobre com avaluar beneficis futurs incerts en relació amb costos actuals segurs. Aquest bescanvi no és fàcil d'establir, però és important. Sense una comparació honesta dels costos i possibles beneficis del nou coneixement, el polític es troba sense guia. Afirmar que el nou coneixement no té preu és tant com dir que no té valor, ja que aleshores no pot ser inclòs en un procés racional de presa de decisions.

L'equitat intergeneracional és un aspecte essencial en la cerca de la justícia. Actualment és una qüestió especialment rellevant perquè molts experts pensen que els programes del Govern dedicats als americans majors de 65 anys no són sostenibles. En essència, aquest és un problema d'allò que els demògrafs anomenen les *cohorts desiguals*: algunes cohorts són petites, mentre que la generació de l'explosió infantil (*baby-boom*) és molt gran. Quan aquestes persones tinguin 65 anys, el país no serà capaç de mantenir les promeses d'atenció mèdica que són implícites a la legislació actual sense aplicar grans impostos a les generacions que segueixen. Sembla, doncs, que la justícia exigeix abordar aquest problema ara, més que esperar que la crisi ens caigui a sobre.

Certament, l'eficiència i l'equitat són objectius importants, però no s'hi pot aspirar sense tenir-ne en compte altres de valuosos com la democràcia i la llibertat. El compromís amb la democràcia vol dir que una orientació purament tecnocràtica del problema de l'atenció sanitària no és acceptable. No n'hi ha prou que un comitè de metges, especialistes d'ètica i economistes es posin d'acord sobre quina és la millor política de salut. Com a mínim, la democràcia requereix una aportació de la ciutadania, directament o a través dels seus representants, i l'obligació de retre comptes a ella o als seus representants una vegada la política està establerta. La llibertat és un altre objectiu altament valorat a la nostra societat. Els malalts donen valor a l'oportunitat de poder escollir els metges i modificar els plans sanitaris. Els metges també prefereixen les polítiques de salut que no interfereixin excessiva-

ment amb la seva llibertat. La llibertat no s'ha d'ignorar, fins i tot quan pot entrar en conflicte amb l'equitat o l'eficiència.

La majoria de filòsofs diria que els objectius comentats en aquest article sovint són incompatibles; és a dir, que no es pot tenir tota l'equitat, l'eficiència, la democràcia i la llibertat que una societat pot voler. Cadascun d'aquests conceptes pot haver de competir amb els altres i els bescanvis o compensacions són inevitables. Penso que això és veritat: els objectius són realment sovint incompatibles. Algunes persones també pensarien que són incommensurables; és a dir, que no poden ser avaluats cadascun en referència amb els altres perquè no hi ha una mesura comuna que es pugui aplicar a tots ells. Per a un teòric, quan hi ha incommensurabilitat fins i tot és fútil parlar de bescanvis. Però en el món real es duren a terme. *S'han de dur a terme*, encara que no ho siguin d'acord amb una mesura comuna. Quan es facin compensacions, el que més cal són líders que tinguin visió i enteniment: líders que comprenguin que la societat està al servei de molts valors i que reconeguin que tenir més d'una cosa sovint comportarà tenir-ne menys d'una altra. Tan sols aquest reconeixement per part dels nostres líders ens permetrà elaborar una política sanitària que funcioni de manera raonable en la nostra societat.

Les eleccions més dures, en la vida, no són les que cal prendre entre el bé i el mal. Les més difícils són les que obliguen a decidir entre un bé i un altre. Tal com ha escrit Isaiah Berlin³: “*La necessitat d'escollir, de sacrificar uns béns essencials per uns altres, és una característica permanent del dilema de la condició humana*”. Poden reconciliar-se l'ètica i l'economia? Si el punt de vista de l'ètica és exigir que tothom rebi tota l'atenció mèdica que li pot fer algun bé, aleshores no pot reconciliar-se amb l'economia, que tracta de la distribució de recursos escassos per a béns que competeixen entre ells. Però si l'ètica i l'economia poden aportar formes de raonar clarament sobre els problemes que planteja l'elecció segons la justícia i l'eficiència, aleshores sí que poden ser aliades en la cerca de millors polítiques de salut.

NOTES DELS TRADUCTORS

1. Per exemple: D. Callahan. *Setting limits. Medical goals in an aging society* (traducció castellana *Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece*. Madrid: Triacastela; 2004).
2. Hi ha traducció catalana (*Una teoria de la justícia*. Barcelona: Accent Editorial; 2010) i castellana (*Teoría de la justicia*. Mèxic: Fondo de Cultura Económica; 1993).
3. A l'assaig *Two concepts of liberty*, del qual hi ha traduccions als reculls *Sobre la libertad* (Alianza Editorial; 2004) i *El veritable estudi de la humanitat* (Editorial Empúries; 2009).