

Realidades y alternativas en el racionamiento sanitario^a

Realities and alternatives in health rationing

Giovanni Berlinguer

Pasado y presente del racionamiento sanitario

El racionamiento o la selección personal, métodos y materias de asistencia sanitaria sobre la base de criterios morales y sociales es un tema a menudo ignorado u ocultado, y sin embargo es algo que pertenece a la historia de la medicina.

Raramente algún filósofo o médico lo admitió y justificó. Platón por ejemplo, sancionaba la existencia “en los Estados de dos clase de pacientes: los hombres libres y los esclavos”, y describía cómo diferían tanto el personal (médicos libres o esclavos), acceso (consulta u obligación, rápido o lento) y los resultados en cada situación. En Europa, durante la ilustración, los pobres eran atendidos en incómodos hospitales y los ricos en casa, y estos últimos, en París, eran estimulados a contribuir con los hospitales para su propio beneficio “El paciente al que procuras cama sufre una enfermedad que tú tendrás tarde o temprano. Él se recuperará o morirá. En ambos casos, su destino puede iluminar a tu médico y salvar tu vida” (J. Dulaurens, 1788). Cuando entré en la Escuela de Medicina en Italia, estudiábamos anatomía sólo con los cuerpos de aquellos que habían sido cuidadosamente atendidos por el municipio, cuyos cuerpos después de la muerte eran considerados *res nullius* o propiedad común. Hace quince años, un análisis del tiempo dedicado en España por los médicos generales al examen médico de los pacientes informó que la duración era menor de cinco minutos para el 65 % de los pobres, el 38 % de los trabajadores manuales, el 22 % de la clase media y el 5 % para la clase alta. En los noventa, una investigación hecha en Roma, en el acceso a trasplante renal, donde las prioridades deberían de seguir las reglas de “justicia” y “objetividad”, demostró que el tiempo de espera de los pacientes con educación primaria era dos veces superior al de los que tenían educación avanzada.

He citado sólo unos ejemplos diacrónicos, de entre gran variedad de casos, de los que podemos sacar dos conclusiones. Primera, que muchos dilemas bioéticos, como los

concernientes a los principios morales que guían el reparto y la distribución de recursos para la asistencia sanitaria, tienen un largo y complejo trasfondo histórico que debería ser analizado más profundamente. Segunda, que una de las consecuencias positivas del presente debate sobre racionamiento sanitario puede ser, para el pasado e incluso para el futuro, el hacer explícito para los médicos el criterio social y los principios morales que guían las decisiones ante preguntas como: qué, dónde, cómo y a quién.

¿Hay una guerra?

En realidad, el debate se originó, más que por el deseo de discutir abiertamente y definir esos criterios y principios, por el crecimiento (a veces incontrolado) de los gastos públicos de la asistencia sanitaria en muchos países del mundo. Se puede considerar este hecho incluso como un “pecado original” del debate, que lleva a considerar el racionamiento sólo como una respuesta a la escasez de recursos financieros. Al mismo tiempo, emergió la necesidad, particularmente en las sociedades desarrolladas, de un replanteamiento crítico de los logros de la medicina, de la organización de los sistemas de asistencia sanitaria y de la equidad en salud y de la asistencia sanitaria. Se han presentado las alternativas puramente financieras al problema, las cuales incorporaban el problema de los gastos médicos, pero también puede considerarse el racionamiento como un instrumento para definir el derecho de los pacientes (y sus limitaciones) para hacer elecciones públicas y para promover una equiparación mayor en el acceso y calidad de la asistencia sanitaria.

Esta tendencia puede abrir el camino a más “valores humanos” basados en la ética, a políticas más comprensivas y, por qué no, a una reconsideración de la palabra racionamiento.

El racionamiento ha sido definido como “un término de origen militar que significa el aporte a cada miembro del grupo de su parte de víveres”. Este sistema fue inicialmente aplicado a la distribución racional de comida durante la primera y segunda guerras mundiales; en esta última se usó también en los países neutrales que hacían frente a la escasez y los precios elevados. Una expresión más comprensible puede ser: “una medida para limitar el consumo, aplicada en circunstancias de emergencia, en particular durante las guerras, para distribuir equitativamente las mercancías indispensables disponibles”.

Nadie puede poner en duda el derecho a usar esta palabra (y su práctica) en un nuevo contexto acuñado en las circunstancias más diferentes. Pero lo que expresa esta palabra se aplica en las guerras o en alguna emergencia mundial, que crea implacables condiciones de escasez de artículos esenciales y que impone reglas estrictas para su distribución equitativa, para hacer virtud de esta necesidad. También es necesario subrayar la principal (de entre muchas) diferencias con el racionamiento en tiempo de guerra. En tiempo de guerra el acceso a los artículos racionados es universal, nadie puede avituallarse a través de canales privados y nadie está excluido: sólo los niños, las madres y los pacientes, o los trabajadores de determinadas actividades, pueden recibir víveres extra. El racionamiento de la asistencia sanitaria es justamente lo contrario: atañe principalmente (o únicamente) a lo que se da a través del gasto público, no a lo que puede ser comprado en el mercado: y mediante procedimientos de exclusión de tratamientos o individuos. En lugar de significar justicia al compartir una serie común de sacrificios, puede consolidar y aumentar las desigualdades.

Está claro que el espacio que existe entre las oportunidades dadas (o prometidas) por la medicina y los recursos disponibles está creciendo, que incluso la deseable movilización de otros recursos no permitiría satisfacer todas las necesidades, y que hay que hacer elecciones. Pero probablemente las palabras “prioridad” cuando se refiere a decisiones públicas y “selección”, cuando se refiere al destino de los individuos, son menos políticamente correctas pero más honradas y apropiadas. De todas formas, más que las palabras es importante analizar y reconsiderar el contexto internacional en el que se propone este racionamiento.

El paradigma de la salud

En las últimas dos décadas ha tenido lugar un cambio de paradigma a escala mundial. La noción de salud como piedra angular del cambio económico, como un multiplicador de los cambios humanos, y más importante, como un objetivo primario de las políticas públicas, ha sido reemplazado por la noción contraria. Los servicios de salud pública y de asistencia sanitaria para todos son ahora presentados como un obstáculo, a menudo el principal que estorba a la financiación pública y a la riqueza de las naciones. Así que la reducción del gasto médico (no su control y racionalización, lo que es un imperativo en

todas partes) se ha convertido en una de las prioridades más importantes para muchos gobiernos y poderosas agencias internacionales.

Este cambio de paradigma se acompañó de múltiples reducciones, que intentaré resumir en los siguientes (algunos unilaterales, aviso) puntos:

- a) La salud reducida a la asistencia sanitaria y la prevención, a la medicina preventiva.
- b) Los factores de salud y enfermedad reducidos principalmente a factores individuales (genéticos y de estilo de vida) o confundidos en una “red de causas” donde se hace imposible identificar la araña.
- c) El deber del Estado rebajado al deber universal de atender sólo a los pobres, como ocurría en las “ciudades libres” del Renacimiento o en las naciones europeas del siglo XIX.
- d) El debate sobre los recursos para la asistencia sanitaria reducido sobre todo (o sólo) a los recursos financieros.
- e) Las muchas preguntas referentes al reparto de los recursos reducidas a la trágica elección ¿a quién?

Un desarrollo paralelo tuvo lugar en la medicina. “La medicina científica del siglo XX, enfocada a encontrar métodos médicos y tecnológicos para reducir la mortalidad y la morbilidad, han marginado la utilización de la salud pública y de la atención primaria. Ninguna de ellas ha tenido el *glamour* suficiente para atraer dinero para investigación o premios Nobel, y tampoco promete grandes ganancias a la industria sanitaria. El público, en muchas partes del mundo, al igual que muchos líderes políticos, parecen satisfechos con esta situación” (Callahan, 1997).

El crecimiento de las desigualdades en salud

Los tres fenómenos que he intentado resumir, la aparición de un nuevo paradigma, la reducción y las tendencias de la medicina tienen, un trasfondo común en los desarrollos políticos y culturales en las últimas décadas del siglo XX. Además, convergen y multiplican sus efectos en sus principios morales y consecuencias prácticas. No es mi tarea aquí analizar estos desarrollos, y no es mi intención subestimar los numerosos

logros de nuestro tiempo, incluyendo los del campo sanitario. Puedo añadir que su rápida y universal afirmación no responde sólo a los intereses económicos y decisiones políticas sino también a la satisfacción de necesidades reales.

Sin embargo, ¿cuáles son las consecuencias prácticas de esta tendencia? La idea básica de que el mercado económico y las políticas de “ajuste” podría extender de repente sus beneficios a la vida diaria (y a la salud) de la gente está siendo reemplazada, cuando se considera el futuro, por preocupaciones y a veces por consternación: “Cuando corregimos los desequilibrios del presupuesto debemos de reconocer que los programas para mantener a los niños en los colegios pueden perderse, que los programas para asegurar la asistencia sanitaria de los más pobres pueden perderse, que los pequeños y medianos empresarios pueden ser privados de créditos y caer... Esto refleja un crecimiento de la opinión de que algo va mal en un sistema en el que incluso los países que han seguido fuertes políticas económicas durante años son maltratados por los mercados internacionales, donde los trabajadores con educación pueden ser despedidos y sus esperanzas y sus sueños destruidos” (J.D. Wolfenshon, presidente del Banco Mundial, 1998). Evaluando el profundo impacto que las políticas del Banco Mundial tuvieron en la orientación hacia el mercado de las reformas sanitarias de todo el mundo (que pueden ser consideradas como uno de los más grandes experimentos humanos nunca hechos, probablemente sin el consentimiento total y seguramente sin ningún análisis coste-beneficio en términos de resultados médicos y de equidad), uno puede discutir si esta institución, que reemplazó a la pérdida o abandonada dirección de la Organización Mundial de la Salud (OMS), representa una solución o una parte del problema.

Las injustas y evitables diferencias de salud entre y dentro de los países están aumentando en todas partes. De acuerdo con la OMS, “hoy casi 1300 millones de personas viven en la absoluta pobreza. La pobreza es la mayor causa de desnutrición y enfermedad; contribuye a la extensión de enfermedades, mina la efectividad de la asistencia sanitaria y ralentiza el control de población. La morbilidad y la incapacidad entre los pobres y los grupos marginados les lleva a una espiral viciosa de marginación, al mantenimiento de la pobreza y al aumento de las enfermedades”.

Las injustas y evitables diferencias de salud entre y dentro de los países están aumentando en todas partes. De acuerdo con la OMS, “hoy casi 1300 millones de personas viven en la absoluta pobreza. La pobreza es la mayor causa de desnutrición y enfermedad; contribuye a la extensión de enfermedades, mina la efectividad de la asistencia sanitaria y ralentiza el control de la población. La morbilidad y la incapacidad

entre los pobres y los grupos marginados les lleva a una espiral viciosa de marginación, al mantenimiento de la pobreza y al aumento de las enfermedades”.

Las desigualdades aumentan también en los países desarrollados. En el Reino Unido, que desde 1921 tiene la mejor tradición en análisis en este campo, el *Independent Inquiry in to Inequalities in Health* ha mostrado que el intervalo de mortalidad entre las clases I y II (profesionales, directivos y técnicos) y las clases IV y V (trabajadores cualificados y no cualificados) se ha incrementado de un 53 % a finales de los setenta a un 68 % a finales de los ochenta en los hombres, y del 50 al 55 % en las mujeres; y que la esperanza de vida a los 65 años era considerablemente mayor en las clases más altas; ha aumentado el diferencial en el mismo periodo para las mujeres, y existen diferencias similares en las tasa de morbilidad y accidentes. En otros países desarrollados, la tendencia (siempre que ha sido analizada) es la misma. Podemos argumentar que la misma salud está siendo repartida de manera cada vez más desigual.

Desde el punto de vista moral, una razón a tener en cuenta es que la noción de la salud mundial como indivisible –un hito de mediados del siglo XX, el principio de fundación de la OMS, y uno de los principales logros de las políticas de asistencia social en Europa– puede ser sustituida por la extendida creencia de que un grupo de países podría disfrutar de la mejor salud posible en un mundo que sufre, y que lo mismo podría pasar dentro de cada país. Una razón paralela a tener en cuenta fue formulada en una editorial del *The Hasting Center Report*: “Ayer, la ética trataba de justicia y de acceso a los derechos de los pacientes. Hoy trata sobre el reparto de la asistencia sanitaria”. En realidad, la salud que tiene un valor intrínseco e instrumental (como la base para la autodeterminación personal), es también uno de los mejores indicadores para medir cómo otros derechos humanos son salvaguardados y promovidos en la sociedad. Además, la afirmación o negación del derecho a la salud incluye casi todos los derechos.

Una nueva tendencia

En los dos últimos años han crecido en diferentes partes del mundo muchos grupos e iniciativas a favor de la equidad en la salud y la asistencia sanitaria. Publicaciones científicas cualificadas empezaron a señalarlo intensivamente, agencias internacionales (como la OMS y también el Banco Mundial) empezaron a hablar del tema y asociaciones

internacionales a incluirlo en sus programas, y el problema se puso en la agenda en los noventa, con más rapidez y fuerza de lo que podía esperarse.

Si intentamos interpretar qué causó este desarrollo, puedo encontrar dos razones diferentes. Una es negativa: las desigualdades continúan creciendo y se hacen más y más evidentes. La otra es positiva, y puede ser explicada por una cita de Amartya Sen: “La información de discriminaciones, tortura, miseria, enfermedad o abandono ayuda a la coalición de fuerzas contra estas situaciones, ensanchando la oposición de sólo las víctimas al gran público. Esto es posible porque la gente tiene la capacidad y la disponibilidad de reaccionar ante las dificultades de los demás”. Se puede añadir la probable razón de que la desigualdad en la salud es en la práctica y moralmente menos aceptada y tolerada que, por ejemplo, desigualdades en los ingresos. Porque la salud concierne a la vida misma, y porque la interconexión que hay entre la salud propia con la salud de los demás es todavía muy percibida.

Este desarrollo está conectado con un cambio en la atmósfera internacional que me atrevo a definir como la decadencia de la hegemonía del fundamentalismo monetario, del que la autoridad no iguala su poder. Puede ser interesante, obviamente rechazando la idea de que la salud es considerada como un “problema de grupo”, el subrayar que una pieza importante en las elecciones políticas, hechas por los ciudadanos de los países pertenecientes a la Unión Europea de 1996 a 1999, era el destino de los sistemas de asistencia social y sanitaria. El conflicto se producía a veces entre el ataque y la defensa, pero más a menudo entre los desmanteladores y los innovadores, lo que incluía establecer prioridades y hacer el sistema más justo, libre, flexible y efectivo. Nadie puede estar seguro dónde y cómo los avances innovadores, hechos en la mayoría de los países de la Unión, serán finalmente implantados. En los tiempos que corren debemos tomar esto como un síntoma y una esperanza.

Un cambio significativo ha comenzado ya en la actitud de la Unión Europea hacia la salud. En el mundo esta área ha conseguido uno de los mejores niveles, no por haber gastado más en asistencia sanitaria (los EE. UU. gastan dos veces más), sino por haber “añadido valor” a la salud y al bienestar a través de la combinación de democracia, libre mercado y justicia social. El Tratado de Maastricht ya ha incluido, por primera vez, la salud pública entre las tareas de la Unión (artículo 129), pero con muchas limitaciones y a través del abordaje a lo que consideraba las “grandes epidemias” (como el sida, las drogadicciones y el cáncer), como si los europeos fueran amenazados por un enemigo exterior. El nuevo Tratado de Ámsterdam, que está siendo ratificado ahora, agranda las

tareas de la UE^d. La Comisión considera que uno de los principales métodos de acción debería ser “enfrentarse a los determinantes de la salud a través de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades”.

Las principales ideas son el considerar “la creciente conciencia de los factores sociales y culturales como variables explicativas de la salud y de las desigualdades”, y al contrastar la “creación de guetos de salud pública”, la primera recomendación es que “el núcleo de los futuros esfuerzos de la Unión Europea en salud pública debería de ser la integración de la valoración del impacto sobre la salud en las áreas sanitarias determinadas por la política de la UE”.

¿Redistribución de qué?

Veo estos progresos, que en la UE están acompañados de muchas contradicciones, como una tendencia a reconocer: primero, que la salud debería tener una prioridad mayor en las políticas públicas; segundo, que los principales determinantes de las desigualdades en salud son los sociales y culturales; tercero, que la amenaza principal procede de dentro, y que una evaluación preliminar de las políticas (y de las acciones humanas en general) es esencial para reducir riesgos y promover una salud mejor.

Cuando consideramos la distribución (este sería el principal propósito del reparto) se podría decir que la primera tarea es redistribuir la salud con mayor equidad. Incluso si esto puede ser deseable, el objetivo debería ser la expansión: mejorar la salud de todos (incluyendo a los ricos) para tener como resultado no una “salud igual para todos”, lo que es una tontería desde el punto de vista biológico y antropológico, sino la oportunidad de cada individuo de lograr su propio nivel de salud. Esto se puede obtener sobre todo reduciendo las enfermedades y muertes injustas y evitables, que tienen una distribución individual aleatoria, muy influida por la clase social, exposición, ingresos, género y educación. Este objetivo corresponde a valores e intereses comunes porque la salud no es un cero a la izquierda, una mercancía que sólo necesita una mejor distribución. La mayor equidad en salud puede actuar como un multiplicador.

La “nueva tendencia” de la que hablé (que es tan antigua como la tradición de la prevención y la salud pública), para ser realista debe incorporar el problema de los recursos, de su definición y distribución. Me gustaría presentar este problema con una pregunta: ¿cuáles son, en la era posantibiótica, las medidas especiales que, citando el título del libro de Roy Porter, produjeron los mayores beneficios a la Humanidad

reduciendo muertes evitables? Mi elección (otras muchas son legítimas, pues cualquier análisis comparativo es problemático) está a favor de dos descubrimientos.

Uno es la identificación de los diferentes factores de riesgo de muerte por enfermedades coronarias, como la nutrición, hipertensión, estrés, tabaquismo y sedentarismo, hecha a través de un estudio epidemiológico en siete países en los años setenta. Roy Porter, después de criticar las “baterías de los sofisticados equipos de control extremadamente caros y técnicos” utilizados en EE. UU. desde los cincuenta, y subrayando que “la verdadera utilidad de las unidades coronarias para disminuir la mortalidad de la población no ha sido probada nunca”, escribe que “lo que quizá más ha contribuido al descenso de la mortalidad por enfermedades coronarias particularmente en EE. UU., no son estas técnicas costosas que aportan mejoras temporales, sino un estilo de vida más sano consecuencia del mejor entendimiento de la causa de muchas enfermedades coronarias”.

La otra es la terapia de rehidratación oral (ORT), experimentada en los sesenta a través de la utilización de una solución extraordinariamente simple de azúcar, sal y agua, para salvar la vida de los bebés y niños (y otros) deshidratados por la diarrea, que es una de las causas principales de muerte en los países pobres. La ORT es un tratamiento que “sólo” previene las muertes por diarrea, permitiendo así sobrevivir a los lactantes y niños, y a menudo hacerles recuperar las fuerzas y poder recibir un apoyo externo. La ORT salvó y continúa salvando vidas de millones de jóvenes. Un historiador escribió: “La formidable y persistente ignorancia de la medicina occidental, que sigue en los 25 años siguientes al descubrimiento, es fenomenal... Esta acción resulta estar también guiada por consideraciones financieras”. El usar la terapia intravenosa, pese al riesgo de infecciones, o de prescribir antibióticos, aunque crean resistencias, es más caro, pero puede ser más “conveniente”.

Los dos ejemplos, aun perteneciendo a distintas esferas y beneficiando a gente y países diferentes, tienen mucho en común: a) bajo coste; b) fácil acceso; c) distribución equitativa; d) movilización de recursos individuales, tanto naturales como culturales.

¿Quién decide?

Quizás mis elecciones sean prejuiciosas o inapropiadas. Lo que quiero es subrayar, lejos de ignorar los enormes beneficios de la investigación y las tecnologías avanzadas, el prejuicio de limitar el concepto de recursos a los financieros, y lo inapropiado de la creencia de que sólo las mercancías costosas, las profesiones especializadas y los instrumentos tecnológicos, cuyas características comunes tienden a un alto coste (y

rentabilidad económica), el difícil e injusto acceso y la delegación de nuestra salud en algo o alguien más, pueden tener grandes efectos en la prevención y el tratamiento.

Las elecciones están influenciadas por la industria de la asistencia sanitaria y el beneficio, por las falsas esperanzas, espontáneas o inducidas, y también por los sistemas de asistencia sanitaria y la actitud de los médicos cuando desdeñan la medicina basada en la evidencia y expanden la medicina no basada en evidencias. Las cesáreas, por ejemplo, representan menos del 10 % de los partos en Bélgica y los Países Bajos, el 23,5 % en USA, el 26,1 % en Italia y el 32 % en Brasil. Es sabido que el gasto sanitario está muy influido por el sistema de pago a los médicos. En los países desarrollados hay una gran variedad de métodos, pero donde el pago está principalmente basado en “honorarios por servicios”, el gasto sanitario es un 45 % más alto que donde el pago es per cápita (OCDE^b, 1998). La probabilidad de las mujeres de que se les realice una histerectomía en los EE. UU. o en Suiza es de un 35-70 % superior que en Finlandia y de un 162-230 % que en Noruega, y se trata de un caso en el que los derechos de integridad y libertad sustancial de las mujeres tiene mucha mayor relevancia moral que el desperdicio de recursos financieros. Los hijos de los cirujanos y los jueces de EE. UU. tienen la más baja tasa de tonsilectomía de toda la población, y no por razones clínicas, sino por motivos sociales fácilmente comprensibles (solidaridad en el caso de los primeros, miedo en el de los segundos), y por lo tanto su integridad está más protegida.

En contradicción con estos hechos, la presión principal se dirige a la extensión de los sistemas de “honorarios por servicio”, y de las reformas sanitarias orientadas hacia el mercado, en lugar de buscar sistemas donde los intereses profesionales e industriales pudieran converger con las necesidades de los ciudadanos y el control del gasto.

Recursos financieros, ¿escasez absoluta o relativa?

El reconocimiento de la escasez de los recursos financieros para la asistencia sanitaria debería de seguir esta dirección. Primero, ¿es absoluta o relativa? John Harris sugirió que “la pregunta debería de ser formulada en términos no del presupuesto para asistencia sanitaria, sino del presupuesto nacional (e internacional). Si se hace esto, estará más claro que simplemente no es cierto que los recursos necesarios para salvar las vidas de los ciudadanos no están disponibles”. Incluso si esto pudiera ser verdad (o principalmente) en los países desarrollados (muchos países pobres gastan más, proporcionalmente, en

compra de ornamentos), deberían de estar claras dos cuestiones: que los recursos financieros son limitados, y que no podemos considerar las prioridades de la asistencia sanitaria (qué y a quién) sin considerar antes y conjuntamente la prioridad de la salud como logro común de la sociedad.

La segunda pregunta es: ¿de dónde llegan los recursos financieros y adónde van? No me extenderé en este punto, que implica la crítica de algunos sistemas públicos que transfieren recursos de los trabajadores a la clase media, y a los sistemas de seguros privados, que seleccionan personas y tratamientos y dejan a importantes sectores de la población sin protección. El problema de la equidad también concierne al análisis de las diferentes propuestas que existen para financiar la asistencia sanitaria: ingresos generales, impuestos destinados a ella, contribuciones a la Seguridad Social, primas de seguros privados, cuotas de los usuarios y financiación de la comunidad. Cada sistema tiene un impacto diferente en la distribución y puede tener también profundas implicaciones morales. En Corea del Sur, por ejemplo, el paso de la libre vacunación a una cuota pagada por las familias permite añadir un nuevo género de discriminación: la relación por sexos de los niños nuevamente vacunados es ahora de 4 a 1.

¿A quién?

Mi contribución a este simposio proviene del número de *International Perspective* de 17 de abril, con la pregunta aparecida el primer día (15 de abril), ¿es inevitable el racionamiento de la asistencia sanitaria?, a la cual no tengo respuesta clara. Presumo (¿puedo estar seguro?) que he llegado aquí sin prejuicios y espero sinceramente que cuando se trate este documento se resuelvan mis dudas.

Hay al menos siete procedimientos de racionamiento implícito, que espero serán documentados y expuestos, y hay al menos doce criterios para una respuesta explícita a la pregunta ¿a quién?, a menudo en conflicto unas con otras. Estas son elecciones que atañen principalmente a la población, y sería una democracia extraña y no participativa la que excluyera de los trámites de su agenda (que deberían de ser implantados con las debidas precauciones) los concernientes a la vida y a la muerte. Con mucha frecuencia, “las políticas sanitarias prestaron poca atención a su impacto sobre las personas, que en muchos casos eran vistas principalmente como destinatarias (¡o excluidas!) de los servicios” (P. Makara, 1998). En otros términos “deberíamos intentar devolver a la población, rescatándolo de los expertos, el problema de la salud”, para informar e involucrar a los ciudadanos, tratando de evitar tanto los prejuicios como la demagogia;

también podríamos estimular el enorme potencial de los individuos, familias y comunidades, como productores de su propia salud y como compañeros activos en lo que a tomar decisiones en la macrodistribución se refiere.

Puede ayudar también a los bioéticos el evitar un patrón “justificativo”, como legitimar la discriminación de individuos. Pienso en la calidad de vida, un concepto que fue creado con un objetivo positivo, después de haber añadido en nuestro siglo muchos años a las vidas humanas, se trataba de dar más vida (calidad) a los años, y en la actualidad se sugiere (o se utiliza) no como una medida de que ha sido o puede ser obtenida a favor de cada individuo o grupo, sino como un instrumento (QALY^c) en nuestro poder para decidir quién merece vivir más y quién merece vivir menos.

Finalmente, me gustaría volver al punto tres de este documento, a los tres fenómenos que he intentado describir (nuevo paradigma, reduccionismo, tendencias en medicina) para sugerir que las alternativas al racionamiento sanitario pueden consistir principalmente (no por completo) en las alternativas a estos fenómenos tan negativos.

^aGiovanni Berlinguer es profesor de la Universidad de Roma La Sapienza. Ponencia presentada en el Simposio “Derechos y racionamiento en la asistencia sanitaria”. Universidad de Bristol, 1999. Reproducido de Salud 2000;73:6-11. (Solo se ha actualizado la escritura de algunos términos). (Todas las notas son del editor).

^bOCDE, se refiere a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

^cQALY, se refiere a Quality Adjusted Life Years, que significa: año de vida ajustado por calidad. Es una medida de estado de la salud.

^dSe refiere a la Unión Europea.