

---

# Reconsideración de las políticas fiscales y las responsabilidades en salud. Una nota

**GUILLEM LÓPEZ-CASASNOVAS**

*Universidad Pompeu Fabra, Facultad de CC.EE., Edif. Jaume I, c/ Ramón Trias Fargas, 25-27, 08005 Barcelona, España. E-mail: guillem.lopez@upf.edu*

## RESUMEN

La igualdad de oportunidades (así como las diferencias observadas en campos como la salud) se alcanza cuando los resultados dependen de la libertad individual y suficiente información. En esta nota, se analizan la priorización de políticas fiscales y recursos sanitarios públicos. Asimismo, se exponen algunos argumentos referidos a la no discriminación, preocupación por la desigualdad y criterios de información y tutela

*Palabras clave:* Políticas fiscales, igualdad de oportunidades, responsabilidades intergeneracionales, priorización.

## A Reconsideration of Fiscal Policies and Health Responsibilities. A Note

### ABSTRACT

Equality of opportunities (as observed differences in issues like health) is achieved when the results depend on individual freedom and enough information. In this note, prioritization of fiscal policies and public health resources are analyzed. Also, some arguments are exposed based on no discrimination, worried about inequality and guidelines for information and supervision rules.

*Keywords:* Fiscal Policies, Equality of Opportunities, Intergenerational Responsibilities, Prioritization.

Clasificación JEL: I10

## 1. INTRODUCCIÓN

Muchas de las valoraciones sobre la interacción de la asistencia sanitaria con los cuidados de la salud se inscriben en el contexto general en el que se barajan responsabilidades individuales y colectivas en los comportamientos saludables, y la legitimidad de intervenciones que subyugan al individuo como el mejor juez de su propio bienestar. Cuestiones de justicia social y tutela pública de bienes colectivamente preferidos entorpecen la libre elección y la libertad individual. Las referencias de equidad y eficiencia, paternalismo público y soberanía del consumidor no son fácilmente separables y mucho menos objetivables en la aplicación de los principios filosóficos que las sustentan en el caso concreto que se acaba analizando. El menos obvio de los terrenos de discusión es el de la identificación de los estados de salud en los que son legítimas, y en cuáles no, las diferencias observadas. La respuesta teórica dominante es referenciar dicha legitimidad a la existencia de factores atribuibles a la responsabilidad individual. Desde la contribución de Roemer (1998), los determinantes de cualquier resultado de comportamientos observados pueden separarse en dos componentes: los que tienen que ver con las circunstancias que son exógenas a la persona (del tipo *dinástico* familiar o de gradiente social), y aquéllos que se derivan de los esfuerzos que están bajo el control del individuo. Así, podría aceptarse que se alcanza la igualdad de oportunidades (y de esa forma quedan legitimadas las diferencias observadas) cuando las circunstancias no jueguen ningún papel en los resultados, por ejemplo de salud, y que por lo tanto han de depender necesariamente sólo del ejercicio de la libertad individual estando, supuestamente, suficientemente informado.

El debate tiene actualidad en la política sanitaria y en la priorización de recursos, en el caso, por ejemplo, de los fumadores o alcohólicos cuando se valora el derecho a un trasplante de pulmón, o de hígado (con la cirrosis alcohólica como indicación controvertida). Sufriendo los órganos sólidos una fuerte limitación de oferta, la pregunta es si tiene sentido reconocer efectivamente el derecho al trasplante para quien se tiene evidencia de no seguir comportamientos saludables, de manera que se pueda condicionar el acceso a la prueba de un mínimo de tiempo en abstinencia como para garantizar su permanencia y así el buen resultado de la intervención.

La puesta en práctica de políticas de salud que favorezcan la igualdad de oportunidades, necesita por tanto, entrar en estos ámbitos más personales, sobre la base de haber identificado primero la contribución de las circunstancias externas y los comportamientos endógenos relativos al esfuerzo y a su incidencia en resultados desiguales. Los esfuerzos son particularmente difíciles de especificar ya que son a menudo complejos de observar y medir netamente: estilos de vida -tales como hacer ejercicio, llevar una dieta equilibrada, no fumar ni beber en exceso- son factores aceptados ampliamente como ejemplos de lo que su-

pone el esfuerzo en relación a la propia salud, no representando, en principio, elecciones individuales ‘restringidas por las circunstancias’. De aquí que sea de interés analizar la correlación entre las circunstancias y esfuerzos desde un punto de vista ético. Es interesante en ese sentido valorar las distintas posiciones de Roemer (1998) y Barry (2005) al respecto: por ejemplo, en cómo tratar la presión familiar y la cultura -‘lo que se espera como normal’- en el esfuerzo, pongamos por caso, del estudiante en sacar buenas notas (caso de los alumnos asiáticos en general, véase Jusot et al., 2013). Para Roemer este entorno considerado ‘normal’ no permitiría ‘premiar’ como ‘anormal’, por encima de lo esperable, el esfuerzo del estudiante (asiático). No lo consideraría así Barry, valorando aquella presión familiar como una circunstancia más que está fuera del control del individuo. La falta de presión familiar en el estudio identificaría un esfuerzo premiable en el caso general de los estudiantes que superasen aquel *handicap* (circunstancia adversa), pero no para Roemer en el de los asiáticos, como hemos apuntado, que harían ‘lo normalmente esperable’. En el campo de los fumadores el punto de conflicto sería el de si se deberían considerar los hijos de los fumadores que fuman, menos responsables que los hijos de los no fumadores que fuman. Barry diría que esta es una distinción irrelevante. Para Roemer, la parte del hábito tabáquico que se puede atribuir al *background* familiar es una circunstancia, y no un esfuerzo. Se compensan sólo circunstancias exógenas antes de comparar resultados y así poder legitimar diferencias. Si el peor resultado es debido a un menor esfuerzo, no existiría nada a compensar, y las diferencias en resultados serían legítimas al haber considerado que tenían los agentes igual oportunidades de consecución. Al contrario, una oportunidad lastrada por una circunstancia adversa sí que se habría de considerar, al no poder responsabilizar por un mal resultado en la parte en la que ha incidido una circunstancia condicionante fuera del alcance de la decisión del individuo, por grande que fuera su esfuerzo. Más compleja resulta la disputa si pasamos a vincular características genéticas a aquellos hábitos.

A la cuestión aquí tratada se añade, por último, la de las responsabilidades intergeneracionales. Si consideramos que es responsabilidad de la familia dedicar esfuerzos a la educación de los hijos, el que la circunstancia deba ser compensada deviene menos obvio. La transmisión de valores en este sentido ‘quita mérito’: si de pequeño te acostumbran en casa a una buena dieta de vegetales y a comer sano, es más probable que sigas esos hábitos cuando seas mayor. Desde un punto de vista de los antecesores, se debería reconocer el mérito, sea quien sea quien disfrute sus beneficios. Desde un punto de vista de descendientes, no. Si se hace prevalecer la generación joven en la aplicación del principio de compensación, entonces deberíamos considerar que la totalidad del bagaje inicial representa ‘circunstancias’, incluyendo los esfuerzos de los padres, a pesar del vínculo con el esfuerzo de los hijos. Al contrario, si el orden de prioridad a considerar es a favor de las generaciones pasadas, en la aplicación del

principio de premiar el mérito entonces los esfuerzos parentales debieran ser respetados sean cuales sean las consecuencias que acaben aconteciendo a las futuras generaciones. Estas interacciones de transmisión, en la medida que son valores, se han de proteger, ya que prevenirlas o evitarlas implicaría según Swift (2002) violar la autonomía de la familia.

En la Teoría de la Justicia de Rawls las libertades básicas (incluye la libre asociación que supone la familia) tendrían prioridad sobre la igualdad de oportunidades y del principio de la diferencia en la compensación (en favor de quien peor se encuentra). En consecuencia, Barry considera las circunstancias como variables del pasado y los factores a considerar son los del esfuerzo que representa la libre elección de la generación presente. Para Roemer el vector de circunstancia incluye todas las variables pasadas, de manera que los esfuerzos de los descendientes han de ser ‘limpiadas’ de cualquier contaminación que proceda de dichas circunstancias. Para Swift, en cambio, el vector de circunstancias no incluye las variables del pasado que no tienen consecuencias en los esfuerzos de los hijos. De esta manera resulta claro que ‘a priori’ la aproximación de Roemer minimiza la magnitud de la desigualdad que se puede considerar legítima en salud, mientras que Swift minimiza la magnitud de la desigualdad ilegítima si la correlación entre circunstancias y salud es del mismo signo que entre circunstancias y esfuerzo. Siendo buena parte de los estilos de vida conexos a procesos de dinastía (desde el feto para algunos), genéticos, entornos culturales, socioeconómicos, discernir los campos que justifican la intervención como circunstancias condicionantes y no reflejo del esfuerzo autónomo resulta un debate inescapable.

Tema diferente es como todas aquellas consideraciones se reflejan en la toma de decisiones concretas de política sanitaria, y en especial en las de priorización de las prestaciones.

## **2. LA PRIORIZACIÓN DE LOS RECURSOS PÚBLICOS Y LOS COMPORTAMIENTOS SALUDABLES EXIGIBLES**

La relevancia de las anteriores consideraciones aplicadas a las realidades inmediatas se refiere a su traducción al *policy making* se muestra, en particular, a la hora de la priorización de los recursos sanitarios públicos. En el Reino Unido, el NICE inglés es quien más ha valorado explícitamente estas cuestiones. De sus *guidelines* entresacamos algunos argumentos:

*Principio de no discriminación:* No cabe discriminar de acuerdo con las causas de la enfermedad como factores ‘merecedores’ o no de un tratamiento. Esto incluye las condiciones que pueden haber sido contraídas o exacerbadas debido al estilo de vida o la ocupación del individuo. Sin embargo, si el comportamiento pernicioso es probable vaya a continuar a futuro, y de este modo haga el tratamiento menos coste efectivo o clínicamente menos efectivo, entonces

puede ser apropiado tomarlo en cuenta. Ello sería sí aunque, comúnmente fuera imposible para el individuo decidir si la condición dependió de su propio comportamiento o no.

*Preocupación por la desigualdad.* El *NICE* debería considerar activamente, se explicita, la reducción de las desigualdades en salud incluyendo aquellas diferencias asociadas a sexo, edad, raza, discapacidad y estatus socioeconómico. Sin embargo, el *NICE* no debería recomendar intervenciones sobre la base de los ingresos de los individuos, la clase social o su posición en la vida (nótese: ¡ni en positivo ni en negativo!). Tampoco deben los roles sociales en diferentes edades afectar las decisiones en cuanto al coste efectividad. Debe ser justificado en ciertas circunstancias aumentar la salud general de la población, mientras las diferencias relativas entre grupos se mantienen igual, o cuando incluso van ligeramente a peor. La aproximación utilitarista debería seguirse a expensas de aumentar las desigualdades en salud en algunas situaciones, como cuando el aumento global de la salud puede compensar el deterioro de su distribución.

Estas decisiones necesitan ser realizadas en un estudio caso por caso y aplicar las acciones híbridas de ambos enfoques universales diseñados para producir una mejora general de la salud -centrándose en todos los niveles de la salud y de gradiente social- y apuntar a un enfoque orientado a los más desfavorecidos -a pesar de ser más difícil de lograr- partiendo de una política para la que 'un AVAC es un AVAC'. (El *NICE* hasta ahora ha sido muy reacio a apartarse del criterio de que un año de vida ajustador por calidad (AVAC) tiene idéntico valor acrezca a quien acrezca y sin depender de la edad ni del estadio de salud desde el que se acrece).

*Criterio de información y tutela:* Si se ponderan las ganancias de salud de los pacientes más graves, ello implicará que recibirán menor peso intervenciones preventivas de salud pública dirigidas a poblaciones relativamente saludables. La justificación para ponderar menos en términos de ganancia de salud a aquellas poblaciones resulta lejos de ser evidente a partir de una perspectiva universalista.

Son por tanto amplios los márgenes de discriminación en uno y otro terreno que permite el *NHS* inglés sobre la base de factores endógenos y exógenos a las realidades individuales como para cerrar el abanico de la discusión que el tema analizado en este texto abre.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

BARRY, B. (2005): *Why Social Justice Matters*. Cambridge, Polity Press.

- JUSOT, F., TUBEUF, S., TRANNOY, A. (2013): "Circumstances and Efforts: How important is their correlation for the measurement of Inequality of Opportunity in Health?", *Health Economics*, in press.
- ROEMER, J.E. (1998): *Equality of opportunity*. Cambridge, Harvard University Press.
- SWIFT, A. (2002): "Justice, Luck and the Family: Normative Aspects of the Intergenerational Transmission of Economic Status". En BOWLES, S., GINTIS, H., OSBORNE-GROVES, M., (eds.): *Unequal Chances: Family Background and Economic Success*. Princeton, Princeton University Press, 256-76.