

## ESTUDIOS

### UNA APROXIMACION KANTIANA A LA POLITICA SANITARIA (1)

H.M. Hare

#### Abstract

The paper consists of two parts. In the first one emphasis is made on the possibility of a view of Ethics which combines Utilitarianism and Kantism in Ethics, reading Kant on a sympathetic way which tries to give substance to its formal character.

The second part of the paper tries to apply the kantian-utilitarian point of view, contended for in the first part, to a just distribution of the means suitable for health care.

---

Este trabajo fué escrito originalmente para una conferencia en Florida, considerando la política sanitaria desde los puntos de vista muy diferenciados de los Estados Unidos y Gran Bretaña. No se cual es la situación de los problemas sanitarios en España, por lo que tiene gran interés para mi el averiguarlo y escuchar los puntos de vista de Vds. al respecto. Sin embargo, al tiempo que omitiré algunos particulares que sólo eran de interés para mi público de Florida, me limitaré en general a la experiencia británica y americana.

Fuí precedido en la Conferencia de Florida por el Profesor Norman Daniels, un excelente filósofo que ha publicado más de un libro sobre política sanitaria, que alguno de

(1) Conferencia pronunciada dentro del ciclo "*II Centenario de la Crítica de la Razón Práctica*", en la Universidad de Santiago de Compostela en Octubre de 1988. Traducción de E. Guisán.

Vds. quizás haya leído, y que sabe mucho más sobre esto que yo. No obstante, puesto que él es discípulo de Rawls, mientras que yo me denomino a mi mismo Kantiano utilitarista (quizás piensen Vds. que se trata de algún tipo de monstruo antinatural) pensé que sería interesante comenzar señalando algunos contrastes entre el método rawlsiano y el mio propio. Creo que, cuando se formulan claramente en versiones defendibles, el kantismo y el utilitarismo pueden ser consistentes él uno con el otro y con la verdad.

Por consiguiente, tendré que empezar por explicar por qué creo esto, pero antes de hacerlo deseo hacer constar que las diferencias entre Norman Daniels y yo no son tan grandes como Vds. podrían suponer. Él alcanza lo que yo considero como algunas conclusiones sensatas. Mi única posible objeción sería que su modo de argumentar a favor de dichas conclusiones es inseguro, basado como está en la teoría de Rawls, la cual, a su vez, se basa en repetidas apelaciones a intuiciones no fundamentadas en los puntos cruciales de su argumentación. Algunos pueden estar de acuerdo con tales intuiciones; pero muchos no lo están (Nozick, por ejemplo), y lo que necesitamos son argumentaciones. En mi opinión éstas sólo pueden conseguirse procediendo a un examen de la naturaleza y significado de los conceptos morales y la lógica, o reglas de razonamiento, que ellos imponen. El propio Rawls explícitamente evita esto que constituye, como estoy seguro que Kant consideraba, la única ayuda segura en la construcción de una teoría del razonamiento moral. Sus "principios de justicia" carecen por completo de fundamentación al igual que las conclusiones particulares de Norman Daniels acerca de la atención médica, en la medida en que se basa en Rawls.

Sin embargo, a pesar de lo dicho, tal vez se trate de conclusiones sensatas. Yo creo que la mayoría de ellas lo son. Por lo demás detecto en las obras recientes de Daniels una disposición a apoyarlas mediante argumentaciones distintas de las ofrecidas por Rawls. Es mi propósito en esta ocasión el proporcionar algunas; así pues, por favor no lo interpreten como una actitud hostil respecto a Daniels. No perderé tiempo en explicar por qué me siento insatisfecho con lo que Rawls ha hecho, ya que lo he explicado más de una vez en letra impresa. Todo lo que quiero añadir acerca de Rawls es que en charlas recientes, alguna de las cuales he escuchado y algunas de las cuales creo que han sido publicadas, me da la impresión de haber abandonado las pretensiones de objetividad, que eran lo que hacía interesante su trabajo previo, y de estar buscando únicamente principios de justicia que él esperaba alcanzarán un consenso político. Por supuesto que alcanzarán un consenso en ciertos círculos, a saber, aquellos a los que el propio Rawls pertenece. Sin embargo Rawls no ha dado razones de por qué las personas que están fuera de esos círculos (y son muchas) deberían estar de acuerdo con él. Necesitamos argumentaciones que sean aceptadas por todo el que comprenda los hechos relativos a la situación y en qué consiste el razonamiento moral.

Es algo bastante sabido que soy un utilitarista de un tipo determinado (un tipo bastante complejo que ha presentado una versión de dicha teoría que elude las objeciones habituales que se aprenden en los cursos elementales de ética). Por ello considero que mi

mejor táctica en esta charla será hablar principalmente como kantiano, y mostrar que puede construirse en su esencia la misma teoría acerca de la argumentación moral utilizando ideas kantianas. Esto será suficiente para demostrar que ambas teorías no son incompatibles. Pero estoy seguro de que Vds. no quieren que dedique demasiado tiempo a estas cuestiones teóricas, sino que desean que proceda a aplicarlas a la cuestión de la política sanitaria. Así pues eso será lo que haré.

Hay dos cuestiones en el texto de Kant sobre *La fundamentación de la metafísica de las costumbres* que deseo discutir brevemente, para mostrar cómo se puede conseguir un tipo de utilitarismo a partir de la doctrina de Kant; y luego hay dos objeciones que tienen que ser rechazadas - argumentaciones que han sido utilizadas en el intento de demostrar que Kant no podría ser utilitarista.

Consideremos primero la versión del imperativo categórico a la que a menudo apelan los anti-utilitaristas, incluyendo a Rawls, la que aparece en la mitad de la sección 2, acerca de tratar a la humanidad siempre como un fin. En su formulación completa dice así (1):

“Obra de tal modo que uses la humanidad tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio“.

Para entender esto tenemos que saber lo que Kant entiende por "tratar como un fin". Nos proporciona importantes pistas para esto en el siguiente pasaje, que comienza una página después:

"... el fin natural que todos los hombres tienen, es su propia felicidad. Ciertamente, podría mantener la humanidad, aunque nadie contribuyera a la felicidad de los demás, guardándose bien de sustraerle nada; mas es una concordancia meramente negativa y no positiva, con la *humanidad como fin en sí*, el que cada cual no se esfuerce, en lo que pueda, por fomentar los fines, ajenos. Pues siendo el sujeto fin en sí mismo, los fines de éste deben ser también, en lo posible, *mis* fines, si aquella representación ha de tener en mí todo su efecto".

Interpreto esto en el sentido de que, a fin de cumplimentar esta versión del imperativo categórico, tengo que tratar los fines de los demás (es decir lo que desean (*Will*) por sí mismo) como *mis* fines. Es probable que Kant hubiera matizado esto afirmando que los fines de los demás que hemos de tratar como fines nuestros propios tienen que ser queridos (*willed*) racionalmente, y esto significa prudencialmente. Por lo tanto la felicidad que él afirma que es el fin natural de los hombres resulta innegable ya que él afirma que él indica en otros lugares que los consejos de la prudencia apuntan a la felicidad. Esto es suficiente para mostrar que Kant podría ser un utilitarista. Ello es así, ya que el utilitarismo también prescribe que deberíamos "contar cada uno por uno, y nadie más que por uno" (Bentham),

y que deberíamos hacer lo que conduzca a satisfacer las preferencias racionales de cada uno, o las “voluntades de fines” (*wills-for-ends*), fines cuya suma constituye la felicidad.

El otro pasaje es el famoso “obra sólo según una máxima tal que puedas querer al mismo tiempo que se torne ley universal “. A él apela, en una versión ligeramente diferente, J.S. Mill para mostrar que el utilitarismo es consistente con el imperativo categórico. Si hemos de querer que la máxima de nuestra conducta se convierta en ley universal debe ser, como los filósofos afirman, universalizable. Es decir, tengo que quererla no sólo para la situación actual en la que desempeño el rol que desempeño, sino también para todas las situaciones que se asemejen a ésta en sus propiedades universales, incluyendo aquellas situaciones en las que yo desempeño todos los restantes posibles roles. Pero no puedo querer esto a menos que esté dispuesto a pasar por todo lo que me tocaría sufrir en todos los roles mencionados y, por supuesto, conseguir todas las cosas buenas de las que gozaría en otros de los roles. El resultado es que debo ser capaz de querer sólo aquellas máximas que produzcan lo mejor, en conjunto e imparcialmente, para todos los afectados por mi acción. Y esto es, nuevamente, utilitarismo. Uniendo esto con la otra fórmula acerca de tratar a las personas como fines: si he de universalizar mi máxima, debe ser consistente con la búsqueda de los fines de todas las demás personas en los mismos términos que los míos propios.

Así que aquí también Kant resulta ser utilitarista. Se ha considerado que no podía serlo a causa, principalmente, de dos razones inadecuadas. La primera es que él a menudo hace énfasis en que la Fundamentación de la metafísica de las costumbres, como él llama a su libro, no puede apelar a nada contingente y empírico, y los deseos y las preferencias son de esa especie. Pero lo mismo atañe a las voluntades, y él con frecuencia apela a ellas. Insistió mucho en la distinción entre la parte pura o formal de su investigación (La Metafísica de las Costumbres, o, como podríamos decir ahora, la parte conceptual de la filosofía moral) y la parte aplicada o empírica. Hay algunos deliciosos pasajes venenosos, en los que ataca a quienes mezclan estas dos actividades y se convierten en “meros chapuceros”. Deberían ser tomados en serio por algunos filósofos de la moral contemporáneos que se autodenominan kantianos. Leeré sólo uno de ellos:

“Este procedimiento... produce una nefasta mezcolanza de observaciones recopiladas y principios razonados a medias. Las mentes superficiales disfrutan con ello ya que puede ser utilizado para las charlas cotidianas, pero la mente sagaz sólo encuentra confusión en esto”

Es evidente, creo, que Kant desea excluir los elementos empíricos contingentes sólo de la parte formal de la filosofía moral. Cuando él personalmente tiene que aplicar su doctrina a la práctica, como en los ejemplos de los *Fundamentos* y en sus *Lecciones de Ética*, utiliza gran cantidad de observaciones empíricas. Pero antes de proceder a ello desea, con razón, excluir las consideraciones contingentes, ya que ellas harían que sus conclusiones en la parte pura de su filosofía no resultasen válidas necesariamente, cosa que él desea. Pero

no existen razones para que un utilitarista no hubiera de hacer lo mismo, como yo mismo hago en mi trabajo teórico.

El utilitarista opera, por ejemplo, con la noción de preferencia. Este es, como concepto, no más contingente o empírico que el de voluntad tal como es utilizado por Kant. La parte formal del utilitarismo revela conexiones conceptuales entre las nociones de preferencia, prescripción, preferencia universal y demás. Esto puede hacerse sin introducir datos empíricos acerca de lo que la gente realmente prefiere, al igual que Kant puede elaborar sus propios elementos formales sin invocar premisas contingentes acerca de lo que la gente realmente quiere (*will*). Así pues esta objeción a la interpretación utilitarista de Kant fracasa.

La segunda objeción consiste en que, como Kant insiste, es la buena voluntad lo que constituye lo único bueno sin cualificación. Es decir, la gente es juzgada de acuerdo con sus intenciones, no con las consecuencias reales de lo que hace. Así, se argumenta, Kant no puede haber sido un consecuencialista y los utilitaristas lo son. Pero esta objeción también fracasa. En el sentido en el que los utilitaristas son consecuencialistas todo el mundo tiene que serlo. Por lo que se nos juzga es por lo que hacemos, y lo que hacemos es lo que producimos, la diferencia que supone nuestra acción para la historia del mundo. Si un médico se pregunta si mover o no mover su dedo en el interruptor que controla el ventilador, la cuestión moralmente más relevante es que si lo hace, las consecuencias serán que se cortará la corriente, el ventilador dejará de funcionar y el paciente morirá. Habrá producido la muerte del paciente. Nadie que considere este ejemplo puede seguir manteniendo que las consecuencias son irrelevantes para la moralidad de la acción, y no veo razones para considerar que Kant lo pudiese mantener. Lo que él pretendía es que si las consecuencias no son las que deseábamos, y nosotros no tenemos la culpa de ello, no se nos puede condenar: nuestra voluntad era buena. Pero *al formar* esa buena intención tuvimos que considerar las consecuencias. La buena voluntad es la voluntad de un fin, es decir, la voluntad de que *esto* ocurra y no otra cosa; y el *esto* aquí es lo que intentamos producir, es decir, las consecuencias.

Concluyo al respecto con que no existe inconsistencia entre un kantismo formulado apropiadamente y un utilitarismo formulado apropiadamente. Pero ahora procederé a aplicar esta teoría kantiano-utilitarista al problema de la distribución justa de la atención sanitaria. Comenzaré con una breve discusión de la justicia distributiva en general. Ya que sólo cuando hemos decidido qué distribución de bienes en general, igual o desigual, es justa o correcta, podemos proceder a la cuestión particular, bien expresada por Norman Daniels en su libro, “¿Es la atención sanitaria especial?”. Sin embargo no dedicaré mucho tiempo a las cuestiones generales.

El utilitarismo de tipo kantiano que estoy defendiendo puede defender un grado moderado de igualdad en la distribución de bienes (probablemente mucho mayor de la que prevalece en los Estados Unidos). Las razones son básicamente dos:

1) La decreciente utilidad marginal de la mayoría de los bienes y del dinero, por encima del límite que importa, hace que se dé el caso de que privar a un pobre de cierta cantidad de dinero o de bienes le dañe más que privar a un rico de la misma cantidad. Esto podría utilizarse para justificar un cierto grado de redistribución de bienes y dinero mediante impuestos progresivos, y esto de hecho ocurre en casi todos los países, incluidos los Estados Unidos e Inglaterra. El que la progresión sea lo suficientemente acentuada, o demasiado acentuada, es una cuestión política, que, afortunadamente, no necesito tratar. Existen otros factores, también conectados con la utilidad, que estarían en contra de una distribución excesivamente igualitaria, tales como la necesidad de incentivos para hacer que la gente aporte todo lo que pueda a la sociedad, ya que si no se benefician personalmente, no pondrían tanto interés en su aportación.

2) Otra razón kantiano-utilitarista para buscar una igualdad moderada es la desutilidad de la envidia. Si la gente piensa que otras personas son mucho más ricas de lo que ellas son sin haber hecho mucho para conseguir su riqueza, se sentirán envidiosos, y la envidia es una herida infecciosa en la sociedad que sólo puede llevar a la disensión, el desafecto, y en casos extremos a la rebelión, todo lo cual daña a *todos* los miembros de la sociedad.

Si nos preguntamos si la atención sanitaria es especial, tenemos que considerar en primer lugar, si estas consideraciones se pueden aplicar a ella. A menudo se argumenta que no es especial: si contásemos con un sistema de imposición progresiva que redistribuyese la riqueza en una medida óptima, entonces ¿no podríamos dejar que la gente, que ahora disfruta del grado de igualdad que debe disfrutar, *comprase* cualquier tipo de asistencia sanitaria que considerasen necesaria, impulsando de este modo su autonomía?. Mi punto de vista particular es que la autonomía no es un valor independiente de la utilidad, sino que debe su valor a su utilidad, en primer lugar debido al hecho de que la gente normalmente, aunque no siempre, la desea por sí misma, y en segundo lugar debido al hecho de que si se deja que alguien haga sus propias elecciones normalmente, aunque no siempre, las hará con mayor acierto de lo que pudieran lograr otras personas que eligiesen por él. La conclusión de esta argumentación sería: “Haced bien la distribución general de la riqueza y luego tratad la asistencia sanitaria exactamente igual que los comestibles”.

Este ejemplo nos da una pista para nuestro problema central. En realidad ni siquiera dejamos que el mercado libre lleve a cabo la distribución de los comestibles. En la mayoría de los países, incluyendo la mayoría de los países occidentales al menos desde el siglo dieciocho, se ha reconocido el deber de no dejar que la gente realmente se muera de hambre. Más aún, la mayoría de los países hace mucho más que eso por sus pobres, aunque, nuevamente, existen disputas políticas acerca de si hacen lo suficiente. Existe una similitud que debemos observar entre la distribución del bienestar alimenticio y la asistencia sanitaria. El pasar hambre y la mala nutrición (causa ella misma de mala salud) y la enfermedad son ambos males *muy graves*. Existe una vieja canción festiva, citada por Platón en el *Gorgias*, que enumera cuatro buenas cosas de la vida, y que comienza así:

“La salud es lo mejor para el hombre mortal”

Una de las principales razones por las que consideramos la atención sanitaria especial es la misma razón que nos hace pensar que es especial la prevención de la muerte por hambre y la mala nutrición, a saber: que la enfermedad grave y el morir de hambre son males tan grandes (tan grandes desutilidades, por usar la jerga) que vale la pena sacrificar buen número de otros beneficios para erradicarlos o al menos hacerlos disminuir. De hecho son el mismo tipo de males, y se solapan; como ya dije, el pasar hambre y la mala nutrición son causa de enfermedad, y estas tres cosas causa de extremo sufrimiento y muerte a menudo.

Los que argumentan a favor de un sistema de mercado en beneficio de la autonomía (sobre la que insisten en un grado mucho más elevado de lo que las argumentaciones utilitaristas, o cualquier otra argumentación sensata pudiera justificar) ignoran el hecho de que los muy pobres, sea lo que sea lo que prudencialmente *deberían* hacer, y sea lo que sea lo que, en teoría, *podrían* hacer, a menudo no contarán con suficientes provisiones ni para sus futuras necesidades médicas, ni siquiera para los malos tiempos cuando los comestibles se acaben. Intentad decirle a una mujer, cuyos hijos están muriendo por falta de alimentos o de atención médica, que si hubiera sido más previsora no habría llegado a estos extremos. Este es un caso en el que la autonomía puede sobrepasar los límites de la utilidad. En tales casos, siempre que no se den otros efectos adversos, tales como la destrucción de los incentivos, se dará mayor utilidad si el Estado proporciona las provisiones que el pobre (de forma totalmente comprensible) no ha tenido el cuidado de prever.

A esto debemos añadir la idea de que una sociedad compasiva, que no permite que la gente pase hambre o muera a causa de enfermedades curables sólo porque son pobres, es probablemente una sociedad mejor en la que vivir, que otra de otro tipo, para *todos* sus miembros. No es una fuente de felicidad ver pasar hambre a la gente. Y eso no nos importa, pensemos que la enfermedad generalizada supone un debilitamiento de la economía también.

Pero, por supuesto, esto sólo toca la superficie de nuestro problema principal. Creo que todos los países civilizados, y todos los filósofos civilizados, están de acuerdo en que se les debe proporcionar asistencia médica rutinaria a los muy pobres, quienes de lo contrario se verían privados de ella, y ello incluye la medicina preventiva. Pero aceptar esto no significa aceptar necesariamente la deseabilidad de un sistema *universal* de asistencia sanitaria, como el *British Health Service*, que todo el mundo pueda utilizar, financiado mediante impuestos. Para justificar tal tipo más ambicioso de protección pública sanitaria se precisan nuevas argumentaciones, y resultan muy complicadas. Incluso pueden ser aplicables a algunos países y sociedades, pero no a otros. Sin embargo intentaré hablar en términos tan generales como pueda. Debo añadir que estoy mucho menos versado en estos temas complejos que Norman Daniels, incluso por lo que se refiere a Gran Bretaña, y ya no

digamos a los Estados Unidos. Todo lo que puedo hacer es limitarme a enumerar algunas argumentaciones que se ofrecen a menudo y comentarlas.

Tal vez debería hacer un esbozo para Vds. de las principales diferencias entre los sistemas de asistencia sanitaria en los Estados Unidos y Gran Bretaña. De hecho son muy distintos. Los americanos tienen un sistema esencialmente privado, en el cual los que consiguen un seguro pagado por ellos mismos o por aquellos para quienes trabajan, pueden recibir muy buen tratamiento hasta alcanzar el límite permitido por su seguro. Incluso gente muy rica, cuando tienen enfermedades muy caras o precisan cirugía muy cara, pueden arruinarse ellos y sus familias. Para los pobres que no tienen seguro existe un sistema financiado por los impuestos que hace mucho por ellos, pero cuyo límite es muy bajo. Los muy ancianos reciben cuidados mediante un sistema distinto también financiado por los impuestos, que no es muy generoso. Por lo tanto se trata de un sistema que favorece a los ricos y que incluso no es enteramente satisfactorio para ellos.

El sistema británico, por el contrario, está financiado principalmente por los impuestos, y cualquier persona puede conseguir todo el tratamiento que el sistema puede permitir, que es bastante bueno. El tratamiento es gratuito con excepción del pago de cantidades relativamente pequeñas por los medicamentos y otras mayores para tratamiento dental y gafas. Pero también para tratamientos realmente costosos existe, dentro del Servicio de Salud (*Health Service*), grupos favorecidos y desfavorecidos. Uno no consigue una diálisis de riñón si es demasiado viejo, a menos que pueda prescindir del servicio y pagarlo privadamente. En otros casos, considerados no urgentes, tales como operaciones de cadera y hernias, se puede conseguir tratamiento gratis pero existe una larga lista de espera, que uno puede eludir yendo por lo privado, y esa es la razón por la que mucha gente se asegura privadamente como en América, o es asegurada por aquellos para quienes trabaja; pero el seguro cuesta mucho menos (que en América) ya que la mayor parte de las enfermedades siguen recibiendo tratamiento gratuito en el *Health service*.

En conjunto a la gente le gusta el *Health Service* tal como es, y no desean pasar a un sistema como el americano; pero el sistema británico corre ciertos peligros financieros a causa del incremento de los costes, al tiempo que el gobierno conservador amenaza con reformas que conferirán a la atención sanitaria privada un mayor papel. Nadie sabe lo que ocurrirá, pero es seguro que las cosas no seguirán como están.

Así pues discutimos esta cuestión en un momento en que tanto Gran Bretaña como América se encuentran en un estado tan confuso respecto al costeamiento de nuestra atención sanitaria. En Gran Bretaña el *Health Service* funcionó, y en gran medida todavía funciona, extremadamente bien. Tan bien, de hecho, que cuando puedo elegir, normalmente espero a resolver los problemas de salud que tengo en América hasta que regreso a casa en Gran Bretaña, aunque tengo un buen seguro *Blue Cross* en América. He de admitir que somos especialmente privilegiados en Oxford. Nuestra médica del servicio de salud es una buena amiga íntima personal y buena en su trabajo, y todos los especialistas me uno podría

consultar son colegas míos en la Universidad, y si no los conozco personalmente, forman parte de una comunidad mucho más estrecha que la de la Universidad de Florida.

Cuando me encontraba en la situación de que pudiera necesitar que me atendieran mi arteria carótida me proporcionaba gran consuelo saber que el catedrático de cirugía que tendría que hacerlo era un compañero de mi *college*. Otras zonas de Gran Bretaña no son tan afortunadas, pero al menos están adecuadamente servidas.

Sin embargo en América, los crecientes costes de la atención sanitaria han originado una crisis que está involucrando a los médicos y los políticos en batallas extremadamente corrosivas. Los costes se han incrementado por muchas razones, la mayoría de las cuales son válidas para ambos países. Una es el desarrollo de nuevas tecnologías muy caras. Otra es la cambiante distribución por edades de la población, con mucha más gente mayor precisando atención médica (aunque los efectos financieros de ello, han sido, según me dicen exagerados). Otra razón, más especialmente en Gran Bretaña, es el incremento de expectativas: después de haberse puesto en funcionamiento el *Health Service* la gente más pobre, debido a la costumbre tradicional, no solía exigir tanto en cuestiones de atención sanitaria como las clases medias. De hecho, les asustaban bastante los médicos y sólo iban a ellos *in extremis*. Pero ahora *todo el mundo*, muy sensatamente, desea el mismo nivel elevado de atención. Otra razón es la inflación: los médicos, e incluso más los ayudantes técnicos sanitarios, por no hablar de los trabajadores auxiliares, necesitan mucho más para mantener su nivel de vida en términos reales. Cuando los que tienen otros empleos están incluso mejorando su capacidad adquisitiva real, resulta difícil decir a los ayudantes técnicos sanitarios que deben ser lo suficientemente abnegados para adaptarse a un nivel bajo. El resultado de esto, en Gran Bretaña, es el aumento del sindicalismo y de las huelgas, que es difícil condenar, pero que exigen para su satisfacción el que se proporcionen grandes subidas salariales. Otro factor, que de momento afecta más a los Estados Unidos que a Gran Bretaña, es el aumento de daños y perjuicios debido a prácticas erróneas (*malpractice*) y por consiguiente del aumento de las primas de seguros contra dichas prácticas. Hay que decir que los médicos en América, a diferencia de los ayudantes técnicos sanitarios en Gran Bretaña, han conseguido para ellos un nivel bastante elevado de capacidad adquisitiva.

Todos estos factores han significado que simplemente no hay dinero bastante para pagar todo lo que la gente considera necesario como inversiones en cuestiones sanitarias para todo el mundo. Básicamente existe el mismo problema en ambos países; e incluso las soluciones buscadas están empezando a converger.

Consideremos algunas de ellas. Una dice: "Concedido que tengamos que sufragar los gastos de los pobres: ¿Por qué no sufragar *sólo* a los pobres y dejar que todos los que estén por encima del nivel de la pobreza, o por lo menos por encima de un cierto mínimo, se aseguren a sí mismos?". El problema que presenta esta solución es que crea un sistema sanitario de dos clases que inevitablemente producirá envidia, sobre cuyos males ya he hecho énfasis. ¿Queremos vivir en una sociedad en la que los pobres tengan sólo la atención

mínima y los ricos puedan tener todo lo que puedan pagar, incluyendo algunos tratamientos que probablemente son totalmente innecesarios para su salud?.

Sin embargo, una solución menos extremada del mismo tipo general podría ser aceptable desde el punto de vista kantiano utilitarista. Si el nivel de atención sanitaria del que puede disfrutar todo el mundo se elevase a un nivel decente (por ejemplo el nivel que ahora se puede disfrutar en el *Health Service* en Oxford por el público en general, que no creo que esté por debajo del que disfrutamos los profesores universitarios como yo), entonces, ¿sería tan malo que, como ya ocurre en Gran Bretaña, aquellos que desean algunos servicios extra, como habitación privada, costosos trasplantes de corazón, transporte a casa mediante ambulancia aérea si se ponen enfermos cuando están de vacaciones en las Azores se lo procurasen mediante un seguro si pueden hacerlo?.

Aunque yo normalmente utilizo el *Health Service* en Gran Bretaña porque es tan bueno, privadamente llevo cuarenta años más o menos asegurado privadamente, inicialmente por mi *college*, con el fin de que si necesito operaciones que no sean de emergencia pueda conseguir las inmediatamente y no tener que apuntarme en una lista de espera. En el ala izquierda de la política británica se ha hecho una muy tonta y dañina campaña por parte de los sindicatos contra las habitaciones privadas; su cuasi abolición en favor de un igualitarismo falso, ha producido, de hecho, graves pérdidas económicas al *Health Service*.

Pero existe otra consideración que habla a favor de un servicio de salud público nacionalizado y en contra del sistema de seguros: la eficiencia. De acuerdo con la vieja organización en América, antes de que se contara con grupos relacionados de diagnóstico (*Diagnosis related groups*) y organizaciones privadas para el mantenimiento de la salud (*Health Maintenance Organizations*) (que son distintos modos de mantener los costes bajos y que describiré a Vds. si lo desean), según me dijeron, en un hospital grande típico, toda una planta podía estar ocupada por contables, que se encargaban de elaborar las cifras que pudieran hacer que las compañías aseguradoras creyesen que el dinero que se les pedía era realmente requerido y necesario. El sistema de seguros era evidentemente un incentivo para los hospitales, compitiendo por clientes entre sí, para gastar cuanto quisieran gastar. Al menos el *Health Service* británico, con todas las deficiencias que pueda tener, elude esto. Realmente creo que el hecho de que los británicos gasten una proporción mucho menor de su producto nacional bruto en la asistencia sanitaria, a la vez que evidentemente no disfrutan de menos salud, puede deberse a nuestra confianza en un sistema público financiado por los impuestos con procedimientos contables razonablemente buenos. Probablemente es demasiado pronto para juzgar si los DRGs (*Diagnosis Related Groups*) y las HMOs (*Health Maintenance Organizations*) han mejorado la situación en América.

Así pues existe una razón, en base a la eficacia, para tener algo más que un servicio de salud mínimo público a disposición de todo el mundo, aún cuando se deje que la gente se asegure para conseguir las exquisiteces. Si aceptamos ésto, nuestros problemas no

quedan solucionados, pero al menos las argumentaciones serán sobre cuestiones de grado, no sobre cuestiones bastante poco realistas de principios. Esto es lo que el enfoque utilitarista, utilizado sensatamente, puede ofrecernos. Tendremos que continuar argumentando acerca de *cuánto* debe proporcionar el servicio público, y cuánto debe dejarse para el seguro privado, y acerca de si ambos sistemas deben mantenerse separados, exigiendo a médicos y ayudantes sanitarios optar por trabajar en uno de los dos sistemas pero no en ambos, o si se les debe permitir relaciones de mutua cooperación y cobrar precios competitivos. Por lo que a mí respecta, no conociendo muy bien los detalles ni siquiera en Gran Bretaña, me siento atraído por un sistema en el que los médicos, y especialmente los cirujanos, puedan participar tanto en el sistema privado como en el público, y en el que existan camas privadas disponibles en los hospitales públicos. Esto era lo que ocurría en Gran Bretaña en los días de apogeo del *Health Service*, y en gran medida sigue ocurriendo.

También tendremos que decidir qué hacer con las tecnologías extremadamente costosas de las que ahora disponemos. Estamos alcanzando un estadio en el que las más costosas de ellas no pueden ser disponibles con cargo público para todo el mundo sin desviar los fondos públicos de otros usos que en la práctica no estaremos dispuestos a suprimir.

En Gran Bretaña ahora, a pesar de todo el gran apoyo público con que cuenta el *Health Service*, nos han introducido en un sistema con un orden de prioridades (muy bien y humanamente administrado, creo) para los pacientes de riñón que precisen diálisis. Paradójicamente los Estados Unidos, que en general es un país mucho más inclinado al costeamiento privado de la atención sanitaria, ha hecho que la diálisis esté al alcance de todos los enfermos de riñón cualesquiera que sean sus medios; pero este tratamiento generoso no se va a repetir -difícilmente podría- con los otros casos en los que la vida está en peligro.

Mi creencia es que ambos países al final convergerán en algún tipo de sistema que proporcione a todo el mundo (ya bien a través de un seguro o de los impuestos públicos) acceso a una asistencia sanitaria que se considere adecuada para todas las necesidades ordinarias, y todas las emergencias ordinarias, pero que contemplará con bastante cuidado algunas tecnologías muy nuevas y muy costosas, haciendo que las más costosas estén solamente a disposición de aquéllos que puedan y deseen asegurarse para el caso de que las necesiten. No veo qué cosa mejor podemos hacer en las circunstancias actuales. Conforme las tecnologías se abaratan pueden ser más generalmente accesibles. Esto ciertamente es lo que las utilidades, tal como yo las veo, parecen justificar. Pero, como dije, no estoy muy versado en los detalles de estos problemas, y me he tenido que contentar con proporcionar lo que yo considero la mejor base filosófica para su solución, dejando para otros que trabajan en la asistencia sanitaria el aplicarla a las diversas dificultades con las que todos los que tratan de proporcionar un servicio sanitario adecuado tienen que enfrentarse.

H.M. HARE  
Universidad de Oxford