

Criterios de equidad sanitaria y valor estadístico de la vida humana

Conclusiones analíticas sobre encuesta experimental en la ciudad de Pehuajó, Provincia de Buenos Aires

Por **Martín A. Morgenstern** y **Carlos A. Sinclair**



Dr. Martín A. Morgenstern
Doctor en Economía, Master en Administración de Empresas (CCU-USA). Investigador y profesor titular de Economía de la Salud y Financiamiento y Gasto Social en la Universidad ISALUD.



Dr. Carlos A. Sinclair
Médico cardiólogo, especialista en Sistemas de Salud y Previsión Social. Maestrando en Gestión y Economía de Salud en la Universidad ISALUD.

I. Introducción

Con equivalencias semánticas de estudio sistémico de las actividades humanas destinadas a la satisfacción —de un modo eficiente— de necesidades múltiples con recursos escasos, la economía suele a menudo describirse como ciencia de la escasez.

En el particular contexto sanitario, esta noción de escasez puede ser interpretada por el hecho de que aún en las economías más desarrolladas existen límites a la cantidad de recursos sociales disponibles para la atención de todos y cada uno de los problemas de salud, para los cuales las ciencias médicas estarían hoy en condiciones de proveer algún tipo de tratamiento.

Los múltiples servicios de atención sanitaria disponibles, podrían involucrar acciones más sofisticadas de prevención y diagnóstico temprano, terapias preventivas o resolutorias, mayores controles de seguimiento en cronicidades, atención de efectos secundarios en ciertas patologías o por ejemplo, tratamientos para morigerar aspectos emergentes del mero transcurso del tiempo (envejecimiento).

Estas circunstancias, son determinantes para comprender y demostrar la aplicabilidad —también al sector productor de los bienes y servicios de atención sanitaria— de la noción de escasez. Se constituye de este modo una entendible restricción natural de disponibilidad ya que los tratamientos pueden estar científicamente disponibles, pero no lo están así todos los recursos necesarios para una provisión generalizada de todos estos servicios para todos.

Como consecuencia de esta restricción, se generan un conjunto particular de problemas sociales, ante todo frente a la necesidad de evaluar los diferentes mecanismos implementados para la distribución de estos bienes de atención sanitaria definidos entonces como escasos, y por ende, seleccionar eventuales criterios rectores para los procesos y acciones de distribución.

Al mismo tiempo, la cuantificación de las variaciones de resultados sanitarios observados para determinados conjuntos sociales, aglomerados en diferentes sub-grupos de clasificación o *clusters* ya sea

por características etáreas, socioeconómicas, educativas, raciales, religiosas, geográficas, urbanas, rurales u otras, da un justificado lugar a numerosos estudios y subsecuentes debates.

Por consiguiente en todo contexto social, será siempre un dilema central, la toma de decisiones que puedan implicar:

- Una eficiente asignación de recursos sanitarios definidos como escasos y al mismo tiempo
- El establecimiento de criterios rectores para una distribución de todos los beneficios emergentes de la atención sanitaria, que pueda ser considerada como justa o equitativa.

Cálculos y comparaciones de productividades, nos permiten evaluar con criterios positivos, aristas del primer aspecto referente a la eficiencia relativa en la asignación de recursos sanitarios. Pero claramente cuando hablamos de la segunda dimensión, la equidad, lo hacemos desde una perspectiva axiológica, por lo tanto nos referimos a un criterio no positivo sino normativo.

La equidad es una convención respecto al criterio de distribución que las sociedades han decidido o aceptan como referencialmente justo. Tal como se analiza en el siguiente punto, diferentes sociedades han adoptado distintos criterios referenciales de equidad. Estas diferencias son observables dentro de cada país para diferentes bienes y servicios, y desde luego resultan más notables y evidentes al comparar diferentes países y sociedades entre sí.

Diferentes perspectivas axiológicas subyacen a los criterios que han influenciado de alguna manera, la forma en que se han ido conformando y organizando entre otros, los diferentes Sistemas de Salud en el mundo. Las diferencias son notorias, lo que en determinado contexto social aparece como totalmente injusto, en otras latitudes pasa a ser un marco referencial mayoritariamente aceptado.

En este contexto, se propone explorar y educir las preferencias sociales de nuestra sociedad. Por ello, el presente trabajo desarrolla a partir de una significativa encuesta experimental, un análisis de cuestiones inherentes a la percepción del valor estadístico de la vida humana, la priorización de elegibilidad de personas y patologías en la prestación de atención médica y otros vinculados a cómo asignar prioritariamente recursos públicos en salud.

II. Teorías de Justicia

Diferentes teorías de justicia pueden ser evaluadas como instrumentos axiológicos que proponen elementos de guía en el establecimiento de prioridades en la distribución de bienes y servicios. Estas teorías proponen distintos modos de enfrentar los problemas respecto a: qué tipo de bienes y servicios deben ser provistos a las personas; cómo distribuirlos con justicia y cómo seleccionar (priorizar) aquellos más importantes cuando los recursos para todos y cada uno de ellos no son alcanzables.

De ese modo el sanitarista, administrador o el economista en cada caso, con sustento en la eficacia técnica competente (médica, sanitaria, educativa, social etc.), puede analizar, evaluar y quizás recomendar alternativas de eficiencia y optimización en la asignación de los siempre escasos y limitados recursos sociales.

Utilitarismo: Se puede destacar aún como prevalente la posición de John Stuart Mill (1863)¹, respecto a que una distribución justa es aquella que provee el mayor bien para el mayor número de personas y la combinación igualadora de Jeremy Bentham (1780)², donde la utilidad de cada persona cuenta por uno y la de nadie vale más que uno. No sólo se debe considerar la utilidad de actos aislados, sino las reglas de conducta que de adoptarse y adherirse a ellas, maximizan la utilidad en el agregado. Según la visión utilitaria las acciones son correctas en la medida que respondan a estas reglas.

En los esfuerzos para maximizar la utilidad para el mayor número de personas, un sanitarista utilitarista buscará como vemos, prevenir o curar las enfermedades que afectan al mayor número de personas comunes. Priorizará programas que generen un mayor impacto en la salud de la población en el agregado, en lugar de terapias para unos pocos. El utilitarismo es en general, el sustento axiológico de los instrumentos de medición y por ende priorización de tratamientos y personas, seleccionando políticas y terapias que generen una mayor ganancia global en cantidad y calidad de años de vida.

Igualitarismo: Los propulsores del igualitarismo en el contexto sanitario, deben determinar anticipadamente y con claridad que tipo de igualdad consideran más importante, es decir establecer reglas según las cuales se debe tratar de igualar a las personas –si es en el acceso a los mismos beneficios, bienes y servicios– o si el intento igualador debe referir a los resultados efectivamente obtenidos por la atención.

Este discernimiento se constituye en un problema no menor, especialmente si sostenemos y mantenemos como válida una matriz compleja de causalidad de mortalidad, por la cual probablemente para igualar resultados sanitarios, es necesario poner énfasis en distintos componentes de esta matriz causal para distintas poblaciones.

Debemos atender con herramientas distintas, ofreciendo bienes aún distintos a los sanitarios (educación, alimentos, ocupación, salubridad ambiental, seguridad, etc.) para intentar igualar específicamente resultados sanitarios. La forma de este principio de justicia, requiere entonces que el bienestar neto de cada persona, deba ser lo más igualitario posible o al menos igual hasta un nivel mínimo considerado justo en términos de igualación de resultados.

Un enfoque fundamentalmente socialista, resumiría su posición igualitaria en términos de: “a cada uno según sus necesidades y cada uno según sus posibilidades”, idea a la cual quizás podría suscribir el común de ciudadanos benevolentes de Hume.

Libertarianismo: En esencia los libertarios, argumentan que los adultos competentes no deben ser forzados por el Estado a hacer nada, salvo que esta intervención prevenga de algún modo un daño a terceras partes (lo que en economía denominamos externalidades) o implique dar beneficios a adultos no competentes o quienes puedan depender de ellos.

El defensor más reconocido de esta posición Robert Nozick (1974)³, se asumía como un seguidor de las ideas de John Locke, argumentando

1 Stuart Mill, J. *Utilitarianism* (1863) London: Parker, Sun & Brown

2 Bentham J. *Introduction to the Principles of Morals* (1780) disponible en <http://www.econlib.org/library/Bentham/bnthPML.html>

3 Nozick, R. : *Anarchy, State, and Utopia* (1974) New York: Basic Books

que los Estados no deben utilizar medidas coercitivas para tomar o redistribuir riquezas de acuerdo a patrones de distribución que examinan resultados (como en el utilitarismo y el igualitarismo) y que los adultos deben ser libres de organizar estructuras sociales de justicia, sin tomar en cuenta la solidaridad ni la compasión. La posición libertaria, argumenta que la gente no está legalmente obligada a ser caritativa aunque acepta y comparte que dichos actos son alabables y deben ser de algún modo estimulados por medio de organizaciones de beneficencia, religiosas y ONG's.

La tesis central de Nozick, enfrenta al conjunto de ideas redistributivas del contractualismo de John Rawls, colega de Nozick en la Universidad de Harvard.

Contractualismo: El impulsor más reconocido de estas ideas John Rawls (1971)^{4,5}, sostenía que el único medio para formar sociedades estables y justas, es por medio de la construcción de consensos (de ahí la idea de contrato) que ameritan el apoyo de gente racional con buena fe e informada.

El argumento central de esta posición, es que una distribución social de bienes es justa cuando personas imparciales acuerdan los mecanismos utilizados para ella.

El cumplimiento de tres principios fundamentales, es considerado pilar de una sociedad justa en el enfoque Rawlsiano:

- Cada persona debe tener igual derecho al más extenso sistema de libertades básicas, compatibles con un sistema similar compatible para todos.
- Cualquier puesto o posición social, deben estar abiertos a todos bajo una condición de igualdad de oportunidades –con habilidades y capacidades similares– las personas deben tener igualdad de acceso a ellas.
- Las instituciones sociales y económicas, deben ser estructuradas de modo de brindar un beneficio máximo para aquellas personas que en peor situación están.

Es posible señalar en todo esto importantes coincidencias con la posición liberal original de A. Smith, pero marcadas diferencias con el neoliberalismo libertario de *laissez faire*. Los principios contractualistas son ordenados jerárquicamente de mayor a menor, de modo que, si existiera en algún caso un conflicto específico entre ellos, deberán prevalecer el o los anteriores.

El problema más destacable es que todos y cada uno de estos enfoques, resaltan al menos algún criterio deseable. Aún el libertario, interpretable como menos solidario socialmente, reconoce el problema de externalidades y transmite algunos valores individuales y sociales respecto a la responsabilidad social de los actos individuales (el *moral hazard* o riesgo moral de las intervenciones públicas).

En síntesis, todos poseen ciertos componentes comunes y contrapuestos, que en su propio beneficio, cada sociedad debe intentar resolver o quizás combinar satisfactoriamente, de modo de maximizar los beneficios obtenibles para todos y cada uno de sus ciudadanos. Por ello, la intención del presente estudio, de explorar las preferencias individuales emergentes en términos axiológicos.

4 Rawls, J. *Theory of Justice* (1971) Cambridge, Mass. Harvard University Press

5 Rawls, J. *Political Liberalism* (1996) New York Columbia University Press

III. Determinación de una muestra representativa para un estudio experimental

Para lograr una muestra representativa de la población que permita medir “el nivel de satisfacción” de la misma respecto a cobertura de salud y otras cuestiones, se ha utilizado la fórmula general de cálculo del tamaño de muestra conocida la población total, fórmula que permite calcular el tamaño adecuado de muestra bajo parámetros estadísticos de acuerdo a los valores de las variables seleccionadas (ver recuadro 1).

Este cálculo nos indica la cantidad de casos que debería contemplar la muestra para obtener la calidad estipulada (380 casos como mínimo). Como la encuesta también se utilizaría para recabar datos sobre el gasto en salud de los hogares, la muestra está conformada por hogares (y no personas). En cada uno de los mismos se entrevistó a una persona, que contestó todas las preguntas de la encuesta, y que fue la que se consideró como la unidad muestral para el caso de las respuestas sobre satisfacción y sobre equidad.

Debido a la imposibilidad de contar con un listado de los hogares de la ciudad, se decidió que el muestreo fuera llevado a cabo por los encuestadores en campo mediante una selección realizada por muestreo sistemático. Para ello se seleccionó al azar el número de orden de una vivienda de acuerdo al recorrido indicado para recorrer las manzanas de la ciudad, que constituyó el arranque aleatorio del método, y se calculó el paso necesario para obtener las viviendas restantes. (Como se necesitaban como mínimo 380

Recuadro 1

Determinación de la muestra representativa

La fórmula utilizada implica:

$$n0 = t^2 p (1-p) / e^2$$

$$\text{y luego } n = n0 / (1+ (n0 / N))$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población

La población sobre la cual se ha realizado el estudio corresponde al número total de habitantes de la ciudad de Pehuajó, referenciada según el Censo Nacional de Población y Viviendas 2001, realizado por el Indec, que registró un total de 29.669 personas (sobre las cuales se realizan los cálculos del estudio).

Valor de t: representa el número de desviaciones estándar con respecto a la media para un nivel de confianza determinado. El presente estudio considera una confiabilidad de estudio del 95%. De acuerdo a este nivel de confianza el valor de t será igual a 1.96 de acuerdo a la probabilidad determinada en la curva normal.

Valor de p: representa la proporción determinada en el relevamiento, para la cual en el caso de no tener estudios preliminares se utiliza 0.5, valor que proporciona una muestra mayor y por tanto menor probabilidad de error.

Valor del e: e representa el error permisible que consideremos para el estudio, en este caso se considera como aceptable hasta un 5%.

De esta manera el cálculo del tamaño de la muestra necesaria para obtener una muestra significativa de la población y poder obtener un estudio con un 95% de confianza y un posible error porcentual máximo de +/- 5% es:

$$n0 = (1.96)^2 0.5 (1-0.5) / (0.05)^2 = 384$$

$$\text{y luego } n = 384 / (1+ (384 / 29669)) = 380$$

hogares se pidió encuestar 123 hogares, contando finalmente la muestra con 415 casos).

Cabe aclarar que dado el tamaño de la ciudad de Pehuajó se tuvo la posibilidad de seleccionar hogares en toda la ciudad, cubriéndola así uniformemente.

De aproximadamente 600 manzanas de la ciudad se encuestaron hogares en más de 400). La distribución de la selección de las mismas está relacionada a la densidad de población que se evaluó según los resultados del “Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 por Radio”, manteniendo la precaución de cubrir todos los barrios de la ciudad.

IV. Definición del Cuestionario Experimental

El diseño y estructura del cuestionario utilizado, tomó en consideración un conjunto múltiple de cuestiones consideradas esenciales al proceso propuesto, a saber:

- La necesidad de evitar los sesgos más comunes de respuestas tales como: aquiescencia (la tendencia a aceptar opiniones interpretadas), neutralidad o extremismo sesgados, sesgo de encuestador, respuesta socialmente deseable (aunque difiera de la propia opinión), etc.
- La posibilidad de maximizar la interpretación instrumental cuantitativa de todo el conjunto de cuestiones cualitativas evaluadas. Por ello, no solo la búsqueda de respuestas a las distintas cuestiones, sino también el intento de capturar el gradualismo de la dificultad para cada encuestado, en responder a cada una de ellas.

En los aspectos que competen al presente estudio, el cuestionario sobre valuación estadística de la vida y aspectos de equidad en atención y asignación de recursos, se incluyeron nada más que 5 preguntas con distintas variables y los citados gradualismos de dificultad.

V. Estudios del valor estadístico de la vida

La primera pregunta formulada en el cuestionario (ver recuadro 2), tiene por principal objeto capturar dimensiones estadísticas del valor social de la vida. Al mismo tiempo, determinadas varianzas observadas de este valor en diferentes poblaciones segmentadas, aportan otro conjunto de datos significativos.

En determinados contextos específicos, se genera la necesidad de definición de un precio equivalente a la vida, donde el emergente de esta valorización suele generalmente denominarse costo del riesgo de fatalidad. Es este uno de los campos de mayor controversia que suele involucrar conjuntamente a la economía (desde lo teórico hasta lo actuarial), a la medicina y muchas veces a la justicia (indemnizaciones).

En el mundo real al indemnizar un accidente fatal, los tribunales suelen resarcir conceptualmente por la pérdida emergente de los ingresos potenciales y alguna aproximación a la valoración de sufrimiento generado y no la vida en sí. En la teoría económica y mediante los mecanismos de voluntad de pagar o *willingness to pay (wtp)*, se construyen indirectas aproximaciones estadísticas al precio de esta vida.

Diferentes enfoques han sido aplicados según el objeto y los diversos estudios. En este sentido incluyen tres categorías:

Recuadro 2

Cuestionario sobre valuación estadística de la vida y aspectos de equidad en atención y asignación de recursos

p1. Ud. o quienes generan su ingreso familiar están contribuyendo, mediante el pago de impuestos y aportes a la Seguridad Social, a financiar diferentes gastos de Salud. Si se planteara que Ud. junto a un total de otros 99.999 habitantes voluntarios, estarían dispuestos a donar igualitariamente unos pesos adicionales para salvar al menos (1) una sola vida más por año.

¿Cual debería ser ese aporte individual por cada vida salvada?

\$ 1 \$5 \$ 10 \$ 20 \$ 30 \$ 40 \$ 50

p2. Ante una misma enfermedad y estado grave en dos personas adultas y suponiendo que no se puede atender a ambas simultáneamente. **¿Cómo se debe elegir a quién atender primero?**

Se debe atender primero al más joven.

Se debe atender primero al más anciano

Se debe elegir al azar ambos tienen el mismo derecho

La selección fue: Muy difícil Difícil Fácil

p3. Ante la urgente necesidad de un trasplante y suponiendo que existe un solo donante compatible con varios pacientes receptores potenciales.

¿A quien se debe dar prioridad?

A un bebe de 8 meses

A un niño de 8 años

A un adulto joven

A un adulto mayor

A un anciano

Se elige al azar todos tienen el mismo derecho.

La selección fue: Muy difícil Difícil Fácil

p4. En Argentina los habitantes contribuyen a solventar los gastos propios y de otros para la atención de salud mediante el pago de aportes a Obras Sociales, cuotas de Prepagas y el pago de impuestos que solventan los Hospitales Públicos. **¿Cómo entiende que debería ser la distribución de la cantidad y calidad de atención?**

Proporcional al aporte de cada uno (el que más paga debiera recibir más y mejores servicios).

Primero se debe establecer una cantidad y calidad mínimas igual para todos y luego se debe distribuir el remanente según la proporción de aportes de cada uno.

Igualitaria para todos (independientemente de la contribución monetaria de cada uno).

La selección fue: Muy difícil Difícil Fácil

p5. Si Ud fuera la persona que debiera decidir una y solo una inversión de X \$ en salud pública, **¿Cuál de las siguientes opciones seleccionaría?**

Brindar un servicio que implique una mejora leve de la salud de toda la población (ejemplo una vacuna contra la gripe)

Brindar un servicio que produzca una mejora más importante de la salud a un grupo de la población (ejemplo rehabilitación física postraumática)

Brindar un servicio que produzca una mejora muy importante de la salud aunque sea a un grupo reducido de población (ej.: trasplantes renales para pacientes en diálisis)

Trataría de distribuir los recursos entre los tres requerimientos anteriores aunque esto implique no poder atender a todo aquel que necesite la cobertura.

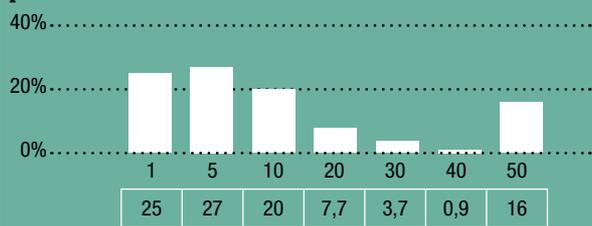
La selección fue: Muy difícil Difícil Fácil

Cuadro 1

Aporte población general

Población urbana de Pehuajó 2007.

Aporte individual en \$ a realizar para salvar una vida más por año entre 100.000 voluntarios



- Estudios sobre el mercado laboral, los cuales examinan el *trade-off* riesgo-salario.
- Estudios sobre decisiones de consumo (tales como la adquisición de detectores de humo), que examinan también el *trade-off* riesgo-precio.
- Estudios de valuación contingentes, que intentan determinar las preferencias mediante un sistemático examen de las preferencias individuales reveladas.

Evans y Viscusi (1990) y Viscusi (1993)⁶, avanzaron en un mecanismo empírico de resolución (wtp) para lo que ellos denominaron valor estadístico de la vida o costo observado del riesgo de fatalidad. La idea subyacente en el valor estadístico esta basada en la observación de impacto y voluntad de pago de la equivalencia de 1 vida en una comunidad de 100.000 individuos.

Lo que esa comunidad está dispuesta a pagar colectivamente, para reducir las muertes innominadas en 1, conforma una aproximación interesante respecto al valor que esa sociedad asigna a una vida (valor estadístico). Lo que un miembro de esa sociedad esta dispuesto a pagar individualmente para reducir esa muerte (en él supuesto que todos paguen) multiplicado por la totalidad de 100.000 miembros que la componen equivale al valor estadístico que esa sociedad asigna a una vida.

En el estudio experimental desarrollado sobre esta base, se observaron los resultados del Cuadro 1.

El valor estadístico de la vida resulta del reflejo de la voluntad de los individuos de pagar por una reducción marginal del riesgo de fatalidad (1 muerte menos).

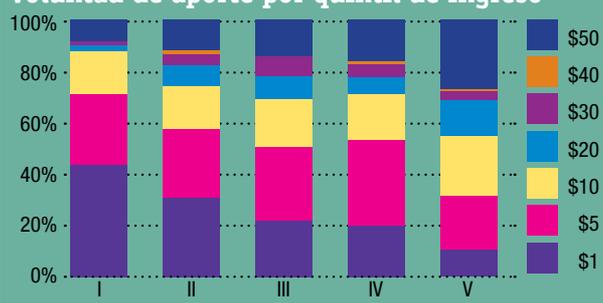
Los resultados reflejan de este modo un valor estadístico total de \$1.443.300; con un menor valor registrado en \$100.000, \$ 500.000 es la moda (el valor que más aparece estadísticamente con 27% de los casos); y por último un mayor valor estadístico registrado en \$5.000.000 en el 15,7 % de la muestra.

No es sorprendente, que exista una gran variación en el precio implícito del riesgo (o en este caso precio estadístico de la vida). Nordhaus (2002)⁷ sostiene que *willingness to pay* es el enfoque apropiado para valuar las reducciones del riesgo de fatalidad y las estimaciones más serias de investigaciones recientes desarrolladas en USA, y van desde US\$ 0,6 millones a US\$ 13,5 millones por fatalidad prevenida.

6 Viscusi, W. Kip (1993). The Value of Risks to Health and Life, *Journal of Economic Literature*, vol. 31, pp. 1912-46.

7 Nordhaus W.D. *The Health of Nations : The contribution of Improved Health to Living Standards* (2002) Yale University

Cuadro 2

Voluntad de aporte por quintil de ingreso

Cuadro 3

Voluntad de aporte por sexo

Esta valuación no implica más que algunos datos y de ninguna manera puede considerarse una completa escala de valuación; ergo no se puede asumir que se estaría dispuesto a tolerar ciertas muertes por 2 millones o incrementar el propio riesgo de muerte en 50 % a cambio de 1 millón de pesos.

Al analizar estos resultados contrastados por diferentes criterios de segmentación poblacional (ingresos, sexo, nivel de educación y grupo etario), se obtienen el conjunto de datos que se observan en los siguientes gráficos.

El resultado segmentado por quintil de ingreso del Cuadro 2, indica menor dispersión con equivalencias de valor estadístico de la vida que van desde \$838.900 para el primer quintil, creciendo paulatinamente \$1.249.000, \$1.456.500 y \$1.491.200 hasta alcanzar \$2.088.500 en el quintil de mayores ingresos. Un criterio de restringido interés propio, puede ser la razón para que individuos con un flujo esperado de ingresos de por vida inferior a los \$900.000 estén dispuestos a contribuir llevando así el valor estadístico a un costo superior a su propio ingreso total esperado.

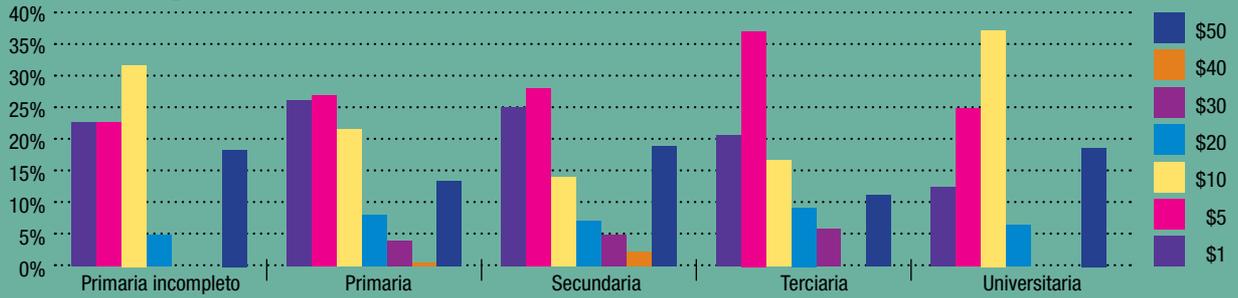
En términos de contrastación por sexo, no se observan diferencias de opinión demasiado significativas entre ambos sexos (Cuadro 3).

Por su parte la contrastación por nivel educativo del Cuadro 4, arroja resultados sorprendentes con menor dispersión pero resultados complejos en las siguientes valuaciones: primaria incompleta valor asignado \$1.456.200, primaria completa valor asignado \$1.340.700, secundaria \$1.625.000, terciaria \$1.275.400; universitaria \$1.573.500.

Segmentados por grupo etáreo, los menores de 45 años valuaron estadísticamente el riesgo de fatalidad en \$1.611.300, el grupo en-

Cuadro 4

Voluntad de aporte nivel educativo



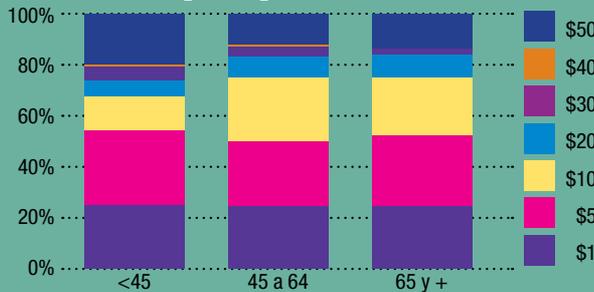
tre 45 y 64 años en \$1.317.500 y el de mayores de 65 años en \$1.320.000 (Cuadro 5).

VI. Criterios de equidad en la priorización de atención sanitaria

Los criterios de equidad en la priorización de cuidados y atención sanitaria en términos de eventuales preferencias sociales para resolver conflictos intergeneracionales, fueron abordados por dos conjuntos de preguntas señaladas en p2 y p3.

Cuadro 5

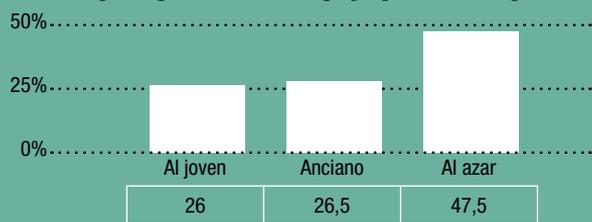
Voluntad de aporte por edades



Cuadro 6

Priorización de atención

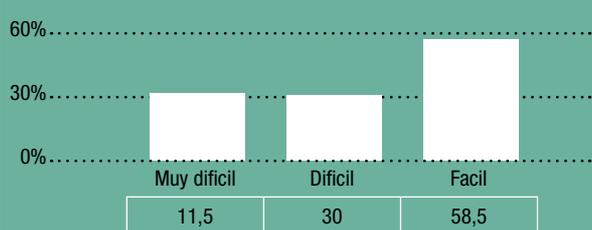
Ante una patología de similar riesgo ¿A quién atender primero?



Cuadro 7

Priorización de atención, dificultad de decisión

Ante igual riesgo en quién priorizar la atención le resultó...



Los objetivos planteados en estas cuestiones, implicaron no solo deducir las preferencias sociales, sino también corroborar su cercanía, o no, a alguna de las teorías de justicia de distribución señaladas anteriormente y los criterios reales de equidad emergentes y prevalentes en nuestra sociedad.

Respecto a la cuestión relevada en la p2, la prioridad de atención joven o anciano, evaluada en la población general sin ningún tipo de segmentación, se observa mayoritariamente (47,5%) una fuerte posición igualitaria que emerge al forzar la decisión al azar.

La posición a favor del joven, que podría corresponder al criterio utilitario de mayor cantidad de años de vida socialmente ganados recibe 26 %, mientras que la posición a favor del anciano que no responde a ninguno de las teorías evaluadas en II un 26,5% (Cuadro 6).

Según se indica en el Cuadro 7, la decisión le pareció a una mayoría de encuestados como fácil (58,5%) en el nivel general.

Cuadro 8

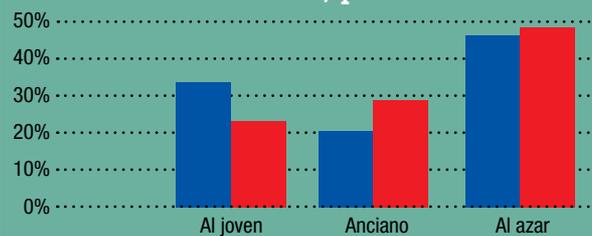
Priorización de atención, por ingreso

A quién atender primero (% por quintil de ingreso)

Quintil	I	II	III	IV	V
Al joven	22,7	16,9	27,6	26,6	36,3
Al anciano	28	36,6	23,7	29,1	11,7
Al azar	49,3	46,5	48,7	44,3	52

Cuadro 9

Priorización de atención, por sexo



Masculino	33,3	20,3	46,4
Femenino	22,2	28,9	48,9

Cuadro 10

Priorización de atención, por nivel de educación

A quién atender primero (% por quintil de ingreso)

Nivel educativo	Prim. Incomp.	Prim.	Secun.	Terc.	Univ.
Al joven	33,3	27,1	22,7	25	11,8
Al anciano	19	26,6	26,7	30,8	29,4
Al azar	47,7	46,3	50,6	44,2	58,8

Al segmentar los porcentuales por quintil de ingreso la posición igualitaria adquiere la mayor relevancia en el primer y en el quinto quintil (Cuadro 8).

Al segmentar los porcentuales por sexo se observan algunas variaciones no significativas (Cuadro 9).

Por nivel educativo crece significativamente la perspectiva igualitaria entre quienes poseen educación universitaria (Cuadro 10).

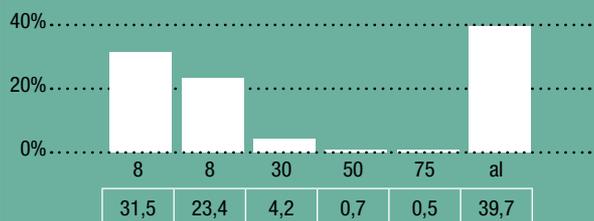
Esta identificación debe ser también validada en una evaluación de consistencia con las distintas posturas que se observan en las pregunta 6.03. Evaluada en la población general, la cuestión acerca de a quien priorizar en un trasplante sin ningún tipo de segmentación, se observa aun mayoritariamente (40%), una posición igualitaria que emerge al forzar la decisión al azar. Sin embargo desaparece lógicamente toda significatividad de priorización del anciano u persona adulta como se observa en el Cuadro 11.

La posición a favor del bebé de 8 meses es la segunda en importancia (31,5 %) y la del niño de 8 años recibe un 23,4 % de las preferencias. La del bebé podría corresponder tanto al criterio utilitario de mayor cantidad de años de vida socialmente ganados, pero también al criterio contractualista de Rawls de igualación de oportunidades.

No resulta curioso que el niño de 8 años haya recibido una alta valoración cercana a la del bebe. En McKie *et al* (1998)⁸ se menciona que, sobre una limitada encuesta de población australiana (2000 casos),

8 McKie, J., Richardson, J., Singer, P. & Kuhse, H. : *The Allocation of Health Care Resources: An ethical evaluation of the 'QALY' approach.*(1998) Dartmouth Publishing Company Ltd.

Cuadro 11
Priorización de atención
Ante una patología de similar riesgo ¿A quién atender primero?



Cuadro 12
McKie et al (1998)

Opciones	Optó por
Favoreciendo al niño	44,2%
Favoreciendo al recién nacido	1,2%
Dar igual prioridad	54,7%

Cuadro 13
Priorización de trasplante por ingreso
A quién trasplantar primero (% por quintil de ingreso)

Quintil	I	II	III	IV	V
8 meses	29,3	39,4	27,6	32,1	28,6
8 años	18,7	19,7	27,6	26,9	26
30 años	2,7	2,8	7,9	2,6	6,5
50 años	0	1,4	1,3	0	1,3
75 años	0	1,4	1,3	0	0
Al azar	49,3	35,3	34,3	38,4	37,6

les fue solicitado discutir tres implicancias de distribución en salud emergentes del enfoque QALY (AVAC) y una de las cuales implicaba una pregunta similar a la de nuestro estudio, resultando con bastante dificultad mayoritaria la posición de igual prioridad (Cuadro 12).

En el Cuadro 13 se observan los resultados de nuestra encuesta, segmentados por quintil de ingreso y en este caso la posición más igualitaria esta definida en el primer quintil:

Por sexo del encuestado, aparecen importantes diferencias en los encuestados masculinos, donde desciende bruscamente la posición igualitaria y aumenta la tendencia a privilegiar al niño 30,6% y al bebe 28,1% (Cuadro 14).

La segmentación por nivel educativo de los encuestados demuestra una sorprendente equivalencia en el caso de universitarios (41,2%) entre la opción igualitaria (al azar) y la utilitaria del bebé (Cuadro 15).

Otro aspecto analítico de particular interés para los economistas, es la eventual consistencia intertemporal de las preferencias individuales. Tal como se ha venido planteando en los últimos años y refutando los modelos de preferencias estáticas, las preferencias de los individuos parecen definitivamente variar a través del tiempo según se observa en el cuadro (Cuadro 16).

La pregunta 4 vinculada a como distribuir cantidad y calidad de atención sanitaria respecto a la contribución financiera de cada individuo, arrojó un asombroso resultado, especialmente si se compara con las

Cuadro 14
Priorización de trasplante por sexo
¿A quién trasplantar primero?

Sexo	Masculino	Femenino
8 meses	28,1	33
8 años	30,6	20,3
30 años	8,3	2,5
50 años	0,8	0,7
75 años	0	0,7
Al azar	32,2	42,8

Cuadro 15
Priorización de trasplante por educación
¿A quién trasplantar primero?

Nivel educativo	Prim. incomp.	Prim.	Secun.	Terc.	Univ.
8 meses	15	33,2	33	28,3	41,2
8 años	40	22,6	22	24,5	11,7
30 años	0	4,5	4	5,7	5,9
50 años	0	0,5	1	0	0
75 años	0	0,5	1	0	0
al azar	45	38,7	39	41,5	41,2

Cuadro 16
Priorización de trasplante por edad
¿A quién trasplantar primero?

Grupo etario	< 45	45 a 64	65 y +
8 meses	36,1	27,1	30,2
8 años	28,4	20,8	18,3
30 años	4,1	4,2	4,3
50 años	0	1,4	1
75 años	0,6	0,7	0
Al azar	30,8	45,8	46,2

Cuadro 17

Distribución de cantidad y calidad de atención ¿Cómo entiende debería ser la distribución de cantidad y calidad de atención?



Cuadro 18

Distribución de cantidad y calidad de atención según nivel educativo

Forma de distribución de calidad y cantidad de atención

Nivel educativo	Prim. Incomp.	Prim.	Secun.	Terc.	Univ.
Proporcional al aporte	0	4,5	5	1,9	6,3
Básico y luego proporcional	4,5	8,5	5	17	25
Igualitario	95,5	87	90	81,1	68,7

características reales del no igualitario Sistema de Salud de nuestro país. Efectivamente, una mayoría (87,5%) optó por una distribución igualitaria sin considerar el aporte de cada individuo; un 8,5% prefirió establecer una cantidad y calidad mínimas, igual para todos y luego distribuir el remanente según la proporción de aportes de cada uno y solo un 4% prefirió la alternativa de quién más paga debiera recibir más y mejores servicios (Cuadro 17).

Si bien el criterio igualitario es mayoritario según lo observado, la voluntad igualitaria tiende a reducirse a medida que avanza el nivel educativo del individuo (Cuadro 18), creciendo significativamente la tendencia a optar por una alternativa de cobertura básica universal y luego una distribución proporcional según el aporte de cada uno.

La pregunta formulada como p5 respecto a la priorización de intervenciones de salud pública es decir brindar un servicio que implique una mejora leve de la salud a toda la población (ejemplo una vacuna contra la gripe), una mejora más importante a un determinado grupo (ejemplo rehabilitación física postraumática), una mejora muy importante a un grupo reducido de población (ejemplo trasplantes renales para pacientes en diálisis) o distribuir los recursos entre los tres requerimientos anteriores, aunque esto implique no poder atender a todo aquel que necesite la cobertura, produjo los resultados generales observados en el Cuadro 19.

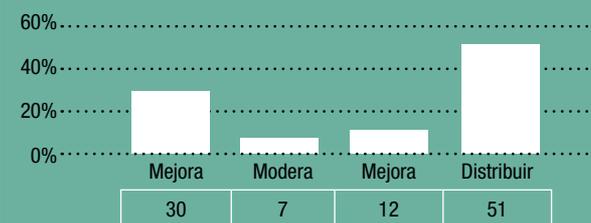
Claramente se visualiza una priorización sobre los dos extremos lo cual reafirma la voluntad igualitaria en más de una dimensión. Al visualizar estos conceptos con datos clasificado según quintil de ingresos (Cuadro 20) se mantiene esta tendencia observada en el nivel general

VII Conclusiones generales

Las primeras conclusiones analíticas emergentes de este estudio, parecen denotar una mayoritaria visión igualitaria respecto a la atención sanitaria profesional tanto en cantidad como calidad. Cuando

Cuadro 19

Formas de asignación de recursos en Salud Pública (general)



Cuadro 20

Formas de asignación de recursos en Salud Pública (por quintil)

Quintil	I	II	III	IV	V
Mejora leve universal	23	39,4	30,8	21,8	33,3
Moderada a grupo amplio	5,4	4,2	9	14,1	3,8
Importante a grupo reducido	8,1	12,7	12,8	23,1	5,2
Distribuir en los programas	63,5	43,7	47,4	41	57,7

se debe opinar sobre situaciones hipotéticas en las que es preciso priorizar entre individuos o en una elección respecto a quién tratar primero, resulta más difícil tal determinación optando en la mitad de los casos por una resolución basada en el azar.

Si bien se observó en algunas entrevistas cierto malestar al forzar la necesidad de opinar sobre circunstancias a veces angustiantes, la inmensa mayoría de los encuestados emitió juicios sobre todas las cuestiones. Solo una minoría de los hogares de mayores ingresos y encuestados de mayor edad –probablemente enrolados en pensamiento utilitario práctico– tendió a valorar particularmente el tipo de encuesta desarrollada.

En cuanto a la asignación de recursos públicos, la mayoría de la población no define sus preferencias por programas focalizados por características patológicas o patologías, sino por una distribución igualitaria entre todos los objetivos sin asegurar el cumplimiento de cada uno de los objetivos posibles.

Por último, en el análisis sobre cuál sería la contribución voluntaria para salvar una vida más al año, se observa mayor asignación en valores extremos y que representan valor monetario corriente, con leve tendencia a respetar mayor aporte en los de mayor ingreso, no obstante es de destacar el gesto benevolente de representantes de hogares de menores recursos que responden el valor más alto.

Si bien entendemos que todas las conclusiones observadas no son generalizables más allá del ámbito socio-territorial expresamente definido, la metodología, el sustento teórico y los procesos analíticos desarrollados representan una contribución cierta para educir preferencias poblacionales sobre cuestiones sanitarias para y en diferentes contextos sociales.

Antes que brindar respuestas definitivas sobre estas cuestiones, el trabajo plantea senderos específicos para mayores estudios y debates, visualizando asimismo la posibilidad cierta de que conclusiones apropiadas puedan guiar cambios institucionales hacia un Sistema de Salud más justo e inclusivo.