

MICRODISTRIBUCION ASISTENCIAL: SELECCION DE PACIENTES E IGUALDAD EFECTIVA ANTE UNA OFERTA SANITARIA LIMITADA

Por PABLO RODRÍGUEZ DEL POZO ALVAREZ *

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Aspectos sustantivos:* 1. Criterios de inclusión. 1.1. El criterio de la pertenencia. 1.2. El criterio de la aceptabilidad experimental. 1.3. El criterio de la perspectiva de éxito. 2. Criterios de selección final. 2.1. El criterio del valor social. 2.2. Los criterios objetivos. 2.3. El criterio de la responsabilidad. 2.4. El criterio de los riesgos voluntarios. 2.5. El criterio del *triage*. 2.6. El criterio de las listas de espera o el azar. III. *Aspectos procedimentales:* 1. Aceptabilidad. 2. Procedimientos de inclusión. 3. Procedimientos de selección final. IV. *Conclusiones.*

Si su estado empeora, no deje Usted de venir; aquí siempre tenemos una cama para los casos realmente graves.

I. INTRODUCCION

Varias son las interpretaciones cuando se menciona la igualdad en materia de derecho a la asistencia sanitaria. Para algunos, se trata de que todos tengan derecho a igual cantidad de recursos; para otros, se trata de que todos puedan conseguir un cierto estado de buena salud; otros más, la definen como «la regla (mnemotécnica) de las tres A»: *affordability, availability, accessibility*, que en castellano podría ser la regla (siempre mnemotécnica) ADA o de la asistencia Alcanzable, Disponible y Accesible para todos.

Esto puede resultar útil en un cierto contexto, en donde la cuestión es enfocada exclusivamente desde un punto de vista moral. Pero nuestra Ley General de Sanidad es más precisa y tajante. Ella establece (arts. 1º.2 y 2º.2) que todos los españoles son titulares del derecho a la atención sanitaria, y que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de *igualdad efectiva*.

Mientras tanto, el progreso tecnológico de los últimos lustros ha llevado hasta casi los límites de lo increíble las fronteras de las posibilidades terapéuticas de la medicina. Hoy es posible prolongar o mejorar la calidad de la vida de aquellos

* Doctor en Derecho. M. D. C. S. U. de Madrid.

enfermos que hasta hace un par de décadas eran etiquetados como «desahuciados». Sin embargo, todo este progreso ha traído aparejado un efecto colateral: el equipamiento tecnológicamente muy refinado (aunque también ha ocurrido con la anestesia, la insulina y la penicilina) e igualmente los medios humanos especializados imprescindibles para su correcto aprovechamiento no están siempre disponibles para todos los potenciales beneficiarios. Así, ante varias personas con igual grado de necesidad de un recurso o tratamiento, las preguntas «¿a quién tratar?» y «¿qué vida salvar?» resultan hoy bastante frecuentes en los hospitales. La respuesta no está exenta de dramatismo, porque, en definitiva, hay que adjudicar asistencia a unos pacientes y denegársela a otros que la necesitan por igual.

A la adjudicación de la asistencia sanitaria, dado lo limitado de la oferta, a una persona concreta y determinada, según el acto médico que necesite y con exclusión de toda otra persona se le ha dado en llamar *microdistribución* sanitaria o asistencial. Este término, si así se lo permite, será el que se utilice en el presente trabajo. En un intento de presentar la cuestión y con el propósito de arrojar alguna luz sobre el problema de la microdistribución asistencial, el presente artículo se aproximará, implícitamente, a lo que, en última instancia, resulta ser el problema de fondo: el de la efectiva igualdad de las prestaciones asistenciales.

Pero antes es importante hacer una aclaración, para que este trabajo no sea visto como un ejercicio simplificador. La cuestión de la microdistribución debería siempre tratarse dentro del marco más amplio de una teoría general de la justicia sanitaria. Como no se trata de desarrollarla aquí, evidentemente, baste con decir que en materia de microdistribución el ideal sería que los interrogantes sobre la adjudicación individual de asistencia no se suscitasen. Lo terrible es que *podrían* prácticamente no suscitarse. En efecto, muchas veces la competición de pacientes por un mismo medio es generada por los propios patrones asistenciales que adopta la oferta sanitario-asistencial, más que por la propia demanda de servicios fundada sobre las necesidades generales e individuales. En nuestros días se subraya la inversión y el desarrollo sobre medios muy eficaces para el caso concreto, pero que permanecen vedados, por su propia naturaleza (costes, espacio físico, pacientes/día, etc.), a la mayoría de quienes, con iguales derechos, los necesitan por también igual. Mucho mejor sería poner más énfasis en aquellos medios más capaces de llegar a todos por igual, inclusive si sus resultados no fuesen tan asombrosos. Ahora bien, ¿por qué se invierte más en lo más espectacular y en lo más caro, aunque sea también lo más restringido? Una respuesta convincente es la de Calabresi y Bobbit (Calabresi, P. y P. Bobbit, 1978, p. 155). Estos autores afirman -con buenas razones teóricas y apoyo estadístico- que los gestores de la sanidad pública, como ganan mucha publicidad con aquel tipo de medios, se avocan a su adquisición, en desmedro de otros y a un alto coste. Los electores, por su parte, perciben este tipo de políticas como expresión del compromiso de los administradores de la sanidad con el valor infinito de la vida humana, en cuya defensa no reparan en costes. En la práctica, sin embargo, aquellas políticas significan salvar menos vidas de las que se podría. Sobre este punto se volverá en las conclusiones del presente trabajo; esta breve disgresión

pretendía solamente un encuadre más preciso del tema, y evitará insistir por ahora sobre este punto.

Así, pues, sin que ello signifique dar por válido el actual modelo de oferta asistencial, se trata ahora de ahondar en los problemas microdistributivos planteados en razón de una oferta relativamente limitada de medios terapéutico-asistenciales valiosos.

Aquí se abordará el tema desde la propia estructura de la decisión microdistributiva, distinguiendo dos aspectos: los *sustanciales*, es decir los relativos a los criterios que serán usados para tomar las decisiones; y los *procedimentales*, o sea los vinculados tanto con la forma y manera en la cual ellas se toman, cuanto con los sujetos participantes. Analizados dichos aspectos por separado, se extraerán algunas conclusiones generales.

II. ASPECTOS SUSTANTIVOS

Si los aspectos sustantivos se refieren a los criterios para la toma de decisiones, el interrogante a responder es: ¿sobre qué fundamentos puede aceptarse un paciente y rechazar otro cuando ambos compiten por un determinado medio o tratamiento?

Un primer fundamento se refiere a la *necesidad* que cada paciente tenga de ese medio o tratamiento por el que compiten, dejando de lado los deseos o la intensidad de las preferencias de cada uno (es decir que no se trata de un capricho del paciente o del médico). Admitiendo que dos o más personas poseen una necesidad clínica *strictu sensu*, no resulta difícil decidir que el acceso debe ser otorgado a aquél cuya necesidad es mayor. Como dice R. Dworkin (Dworkin, R., 1987, p. 227), «si tengo dos hijos, y uno de ellos se está muriendo a causa de una enfermedad que al otro está [apenas] incomodándolo, no muestro igual preocupación por ambos si echo una moneda para decidir a cara o cruz quién de ellos debería recibir la última dosis de medicamento que me queda.» La igual necesidad, pues, aparece como una condición necesaria para que surja el dilema microdistributivo.

Entendiendo, pues, que la selección se hará siempre entre pacientes con igual grado de necesidad, es conveniente distinguir entre dos tipos de criterios de selección, unos generales y otros particulares (Rescher, N., 1986, p. 603). Los primeros valen para la identificación de una clase homogénea de potenciales beneficiarios del medio asistencial-terapéutico de que se trate, y se los denominará *criterios de inclusión*. De su aplicación surgirán, por ejemplo, todos aquellos que sean elegibles para diálisis renal. Los criterios particulares estarán referidos a los patrones para establecer qué persona de entre todas las de la clase anterior, recibirá efectivamente y con exclusión de las demás posibles beneficiarias, el medio dado, y serán denominados *criterios de selección final*. De esta manera se elegirá la persona que efectivamente recibirá la diálisis renal, para completar el ejemplo antes dado.

candidatos posibles para determinar quiénes tienen la posibilidad de ser considerados más seriamente para una determinada terapia o recurso. Mediante los criterios de selección final se procede a la singularización de aquel individuo a quien realmente le va a ser suministrada la terapia o recurso, escogiendo ahora de entre los candidatos resultantes de la primera selección. Agrupados como de inclusión y de selección final, estos criterios sustantivos se desarrollarán seguidamente por separado.

1. Criterios de inclusión

Con ellos se pretende definir, en base a unos estándares mínimos, una clase bastante uniforme de potenciales receptores de la asistencia. Resultan útiles en tanto resaltan diferencias relativamente groseras entre quienes los cumplen y quienes no, dejando poco espacio para la discriminación subjetiva. Son, pues, en líneas generales, objetivos, fácilmente identificables y de aplicación sencilla. Sea por su generalidad y objetividad, sea porque su posible discriminación es más bien «estadística» que sobre individuos determinados, lo cierto es que no resultan difíciles de aceptar por los destinatarios de las decisiones microdistributivas. Estos criterios son el de la *pertenencia*, el de la *aceptabilidad experimental* y el de la *perspectiva de éxito* (Resher, N., 1986, p. 604).

1.1. El criterio de la pertenencia

La pertenencia a la que se refiere el criterio está dada por el vínculo, ya sea profesional, administrativo o de otra índole, entre el paciente y la institución asistencial. Por ejemplo, esto ocurriría con los pacientes de los hospitales militares, o con los vecinos de una determinada área de salud, hospital o ambulatorio.

Este criterio resulta *prima facie* bastante atractivo. Pero es necesario hacer una salvedad. Cuando se opera dentro de un sistema cerrado (como una caja de revisión social), sostenido únicamente mediante las cotizaciones de los asociados, la pertenencia puede ser un criterio válido para excluir a cualquier no socio del sistema. Pero en un sistema abierto, cuando se trata de incluir a un paciente entre los posibles candidatos a un tratamiento limitado resulta decididamente inapropiado atribuir relevancia moral al hecho de vivir dentro de la circunscripción del hospital capaz de proveer el recurso de marras (Homlgren, M., 1986, pp. 620-26). Así, cuando el caso se refiere a un sistema público, y a pertenencia está dada por el domicilio del paciente, o ligada a cuestiones puramente administrativas y no al pago de impuestos y contribuciones, el criterio de la pertenencia debe ser visto como discriminatorio desde el punto de vista de la igualdad efectiva de las prestaciones.

1.2. El criterio de la aceptabilidad experimental

Este criterio, va de suyo, sólo tiene cabida durante la fase experimental del desarrollo de un determinado tratamiento, fármaco o...

sistema público y abierto, sólo puede plantearse una vez que se ha tomado la decisión administrativa de comenzar a proveer en este ámbito, para su eventual desarrollo a mayor escala, un medio diagnóstico o terapéutico con genuino interés asistencial para quienes lo reciban (v.gr. ensayo clínico en fase dos, en la terminología médica, seguida también por la legislación en la materia).

Según el criterio de la aceptabilidad experimental, se incluirán en la clase a tratar sólo a aquellos pacientes que bajo los patrones científicos que la experimentación requiera, puedan resultar las personas óptimas a los fines de tal investigación. Esto permitirá poner a punto antes y mejor el nuevo medio asistencial.

Aquí aparecen, lógicamente, cuestiones relativas a la justicia en la selección de personas para participar en la investigación clínica; ¿con qué fundamento se puede incluir a unos sujetos y excluir a otros con iguales necesidades y derechos pero con unas características (otras enfermedades, patologías, constituciones o idiosincrasias concomitantes) que los convierten en inapropiados para un tratamiento experimental?

Este criterio responde a la idea de que la corrección de una decisión estará dada por su capacidad para obtener el mayor beneficio para el mayor número. Tal noción es típica de la doctrina utilitarista, cuyo criterio de bondad «no lo constituye la felicidad del propio agente, sino la mayor cantidad total de felicidad (Mill, J.S., 1984, p. 53).»

En tanto utilitarista, recaerían sobre este criterio algunas de las críticas de las que esta teoría es objeto, como la de que ella admite, en la búsqueda del mayor beneficio neto agregado, que se sacrifique a un cierto individuo con iguales derechos (en este caso quien no recibe tratamiento) en beneficio de otros muchos (el que lo recibe y los futuros pacientes, que capitalizarían el resultado de la investigación) (Nino, C.S., 1984, p. 111). Pero cada persona, su integridad y su salud, importa una esfera singular de dignidad y derechos, que no pueden ser permutados, como si de un valor tasado se tratase, por la fortuna de la generalidad; por lo tanto sería difícil que el criterio de la aceptabilidad experimental pudiera ser visto como legitimador de decisiones sobre la salud y la enfermedad de personas con iguales derechos.

No obstante lo dicho, para verlo con mayor claridad es preciso situar a este criterio en su más estricto contexto. Así, en primer lugar, el criterio se refiere a una clase de tratamiento, el experimental y, por lo tanto, resulta fácil comprender que, dada su propia naturaleza, sería aberrante pretender adscribirle a esta clase de medios, aún en un sistema abierto, el principio de igualdad efectiva. La igualdad efectiva se refiere al tratamiento disponible y autorizado, y no, como es lógico, al tratamiento experimental. En segundo término, debe repararse en que quien recibe voluntariamente un medio diagnóstico o terapéutico experimental toma sobre sí un cierto riesgo, en favor de un posible beneficio *también* para sí. En otras palabras, en la experimentación terapéutica el sujeto se sacrifica inmediatamente por su propio beneficio posible, y sólo mediatamente por el eventual beneficio de los demás. Esto lleva a pensar que aquí el sujeto...

lugar, de la corrección en la selección de los sujetos que participan en la investigación pueden resultar grandes beneficios para el propio participante y para futuros pacientes. Pero de una elección inapropiada pueden derivarse graves daños para ambos. ¿Por qué no distinguir, entonces, para este caso al menos, entre un «utilitarismo benéfico», esto es, el que procura el mayor beneficio para el mayor número (sin dar mayor relevancia a los sujetos individuales sacrificados), y un «utilitarismo no maleficiente», es decir aquel que simplemente pretende que se produzca el menor daño para el menor número?. Si esta distinción es posible, el utilitarismo no maleficiente no parece un mal criterio, dentro de un tratamiento experimental, para incluir y excluir pacientes. Sobre estas tres razones parece prudente, pues, atemperar bastante el disfavor hacia el criterio de la aceptabilidad experimental.

1.3. El criterio de la perspectiva de éxito

Este criterio, también denominado «de aceptabilidad médica», procura seleccionar la clase de potenciales candidatos según la posible *eficacia*, en sentido amplio, que el tratamiento pueda tener para ellos. En este sentido, el criterio resulta lógico, puesto que de nada serviría incluir a sujetos que pueden recibir poco o ningún beneficio del tratamiento, en desmedro de aquellos que sí pueden mejorar su salud o salvar su vida con él. Los recursos asistenciales-terapéuticos deberían ser sólo distribuidos entre aquellos pacientes que tienen una razonable posibilidad de beneficiarse con ellos; de otra manera se dilapidaría la solidaridad colectiva. De allí que el factor perspectiva de éxito aparezca como un buen candidato para resultar decisivo en la microdistribución asistencial.

Pero, antes de considerarlo aceptable, es preciso desentrañar sus flancos oscuros, a saber: primero, por qué debe ser considerado un criterio de inclusión y no de selección final; segundo, qué debe comprender este criterio; tercero, qué valor tienen las diversas razones aducidas para considerar una perspectiva como no exitosa.

Con respecto a lo primero, ya se dijo más arriba que los criterios de inclusión pretenden, sobre la base de unos estándares mínimos, resaltar diferencias relativamente amplias entre quienes los cumplen y quienes no, evitando así la discriminación subjetiva. La perspectiva de éxito puede determinarse fácilmente a grandes rasgos; pero a medida que los casos clínicos son más parecidos, arriesgar pronósticos diferentes es tarea hartamente aventurada. Por esta causa, y dado que la inclusión (y la exclusión) no puede fundarse sobre pronósticos muy finos, que podrían ser temerarios, la aceptabilidad médica fundada en unos parámetros explícitos y generosos, debe pertenecer a los criterios de inclusión. Eso sí, hay que decir que a menor oferta del recurso, menos generosos serán los estándares mínimos de aceptabilidad.

En cuanto a lo segundo, este criterio debe incluir, como mínimo, la sensibilidad del paciente al tratamiento, por una parte, y el pronóstico de recuperación más o menos *ad integrum*, por la otra. A su vez, debe estar contemplada no solamente la cantidad de vida esperada merced al tratamiento, sino también

calidad de la vida que le espera al beneficiario de tal tratamiento. Así, como ha señalado M. Holmgren (Holmgren, M., 1986, p. 624), el criterio debe abarcar, conjuntamente consideradas, la perspectiva de éxito (clínico), la calidad de vida esperada *a posteriori* y la expectativa de vida.

Por otra parte, hay que resaltar que no sólo los parámetros puramente somáticos, sino también los factores psicológicos están estrechamente relacionados con la aceptabilidad médica. No obstante, tales factores, son los más susceptibles de encubrir juicios de valor social y deben ser objeto del más atento escrutinio. Recuérdese, en este sentido, que fundándose en los factores psicológicos se han dado casos de no admisión de deficientes mentales o personas psicóticas a medios de mantenimiento de la vida tales como la diálisis renal (Veatch, R.M., 1986, y Childress, J.F., 1978, p. 1415). Por esta razón, siendo admisible la consideración de los factores psicológicos, deben ser tomados en cuenta solamente cuando están dramáticamente ligados a la perspectiva de éxito, v.gr., en el trasplante de corazón (Christopherson, L.K., y D.T. Lunde, 1971, pp. 36-45).

También es preciso, en tercer lugar, evaluar las razones por las que se les atribuyen a algunos pacientes menores posibilidades de éxito que a otros, dado que esto puede hacer surgir amenazas para la igualdad efectiva. Así, podría ocurrir que el tratamiento tuviese pocas perspectivas de éxito debido a las características del propio cuadro patológico del enfermo. Por ejemplo, entre pacientes con el mismo tipo de cáncer, se podría preferir tratar a aquellos que lo padecen de una manera localizada (estadio nodular), más controlable, excluyendo a quienes lo sufren de manera diseminada (estadio metastásico) y, por ende, incontrolable. O, en lo que es un caso bastante típico, en las unidades de cuidados intensivos neonatales serán preferidos aquellos niños de los cuales, por su propio estado general, se espera una recuperación sin secuelas ni minusvalías posteriores (Kipnis, K. y G.M. Williamson, 1984, pp. 100-101).

Pero podría suceder que el fracaso previsto se derivara de una patología añadida. Aquí habría que diferenciar dos casos, según el papel de dicha patología. De esta manera, si la enfermedad concomitante impide la eficacia del tratamiento, no hay problemas en admitir que este tipo de pacientes no puede ser elegido. Esto ocurriría, por ejemplo, en el caso de aquellos que necesitaran penicilina y que, al mismo tiempo, fuesen alérgicos a dicho antibiótico, por dar un ejemplo basto.

La situación cambiaría cuando la patología añadida, sin impedir los efectos del tratamiento, poseyera de por sí entidad suficiente como para disminuir las expectativas de supervivencia del enfermo. Abórdese el caso con un ejemplo lacerante, como el de aquellos pacientes HIV positivos o con sida desarrollado que necesitan un determinado medio diagnóstico o terapéutico y que compiten por él frente a pacientes seronegativos. Aquí pueden ocurrir dos cosas: si los enfermos de sida estuviesen en fase agónica, no sería objetable su exclusión fundada en el criterio de la perspectiva de éxito, como no lo sería la de cualquier otra persona desahuciada. Pero en el caso de los sujetos simplemente HIV positivos o que se hallan en etapas no agónicas de sida, aun cuando tengan médicamente disminuida la duración de vida, no sería justificable su exclusión.

tratamiento en condiciones de igualdad. Este último caso, al que podría llamarse el «de la enfermedad mortal no desarrollada concomitante», si fuese admitido, parecería incluir, más allá de la real perspectiva de éxito, juicios de valoración social, y por lo tanto debe ser rechazado. La aceptabilidad médica debe ser formulada, en principio, por médicos, pero es necesario asegurar siempre que tal formulación no incorpore abierta o encubiertamente valoraciones de tipo no clínico. Sobre esto se volverá al hablar de los aspectos procesales y el papel de los comités de ética.

Tras estas precisiones, el criterio de la perspectiva de éxito aparece, en líneas generales, como válido para elegir el tipo de pacientes a ser considerado para una determinada práctica o tratamiento no disponible para todos, respetando la igualdad de las personas en las condiciones de acceso a la asistencia. Finalmente, hay que añadir que si este criterio fuese dejado de lado, la selección podría quedar librada a los imperativos de las presiones sociales, del mercado o de las políticas públicas (Thomasma D.C., 1988, pp. 6-10).

2. Criterios de selección final

Como ya se ha dicho más arriba, estos criterios son aquellos que serán utilizados para establecer qué persona será la que reciba efectivamente y con exclusión de las demás potenciales beneficiarias, un determinado recurso asistencial. Se trata de encontrar la manera de tomar una decisión que singularice al beneficiario, escogiéndolo de entre una clase altamente homogénea de candidatos. Los criterios clínicos de perspectiva de éxito, ya usados para la inclusión, resultarían ahora imprecisos.

Muchas aproximaciones intentan resolver la cuestión. Ellas son el criterio del valor social, los criterios llamados objetivos, el criterio de la responsabilidad, el de los riesgos voluntarios, el del *triage* y, por fin, el de la selección al azar.

2.1. El criterio del valor social

Este criterio consiste en asignar prioridad en la asistencia médica a aquellas personas que probablemente contribuirán más para el bienestar de todos los miembros de la sociedad. En tal sentido, es una expresión evidente de la doctrina utilitaria, aplicada a la microdistribución de asistencia sanitaria. En efecto, en su búsqueda de la mayor felicidad para el mayor número, aún con el sacrificio de varios individuos, el utilitarista preferiría asistir a aquellos pacientes capaces de producir el mayor beneficio para la generalidad. Ya se hizo más arriba la crítica a esta postura, sobre la base de que cada individuo constituye una singularidad en dignidad y derechos, no permutables por el beneficio de la generalidad. Recordado esto, en este punto se recogerán simplemente las razones que intentan sostener el criterio del valor social, destacando luego sus minusvalías en tanto criterio de selección final.

Las razones dadas en apoyo de este criterio suelen hacer hincapié en que las instituciones asistenciales y los profesionales de la salud son *depositarios* del interés

social y que en la distribución racional de asistencia sanitaria la sociedad «invierte» un medio asistencial a favor de una persona y en contra de otra. A partir de este argumento, se afirma que la sociedad está facultada a través de sus agentes, en este caso el servicio de sanidad, para procurar el probable mayor «rendimiento» de su «inversión» (Rescher, N., 1986, p. 605). Otra motivación argüída es la del mal menor. Así, se dice que otros mecanismos, tales como las listas de espera o el azar son irresponsables, constituyendo una elusión por parte de los médicos de las cargas que toda tarea impone; y que rehusar las valoraciones racionales constituiría una deliberada deshumanización, reduciendo a las personas al nivel de cosas (Fletcher, J., 1983).

Es difícil, sin embargo, que la sociedad necesite ver la selección de pacientes en la asistencia sanitaria como un medio para alcanzar metas sociales más amplias. De hecho, la sociedad antes bien debería preservar tanto la provisión de asistencia sanitaria en general cuanto la relación médico-paciente, en particular, alejadas de cálculos utilitaristas y de consideraciones sobre inversión y rendimiento. La asistencia sanitaria tiene su propia dinámica y fines, distintos de su rentabilidad social inmediata, y resulta claro que la sociedad la valora inclusive si ella no es productiva en aspectos que sean más extensos que la del propio cuidado de sus miembros enfermos (Griffin, A. y Thomasma D.C., 1983, p. 161).

Este criterio presenta, además, al menos dos problemas derivados de sus propios supuestos. El primero de ellos es la ausencia de unos patrones claros y aceptables de valor social en una sociedad pluralista. Así, por ejemplo, ante la carencia de criterios, el comité de ciudadanos (anónimo) que en los años sesenta elegía los pacientes para la diálisis renal en el Swedish Hospital, en Seattle (EE.UU.), usaba parámetros tan arbitrarios como el liderazgo en los «Boy-Scouts» y la participación en las ceremonias religiosas (Sanders, D. y Dukeminier, J.Jr., 1968, p. 392).

El segundo problema, por su parte, es una cuestión insoluble: la de la determinación empírica del valor social individual. En efecto, los médicos no pueden conocer lo suficiente como para hacer valoraciones completas sobre las personas, particularmente en las condiciones en las que actúan y sobre todo cuando tales valoraciones determinan la curación, la salud, la vida o la muerte de aquellas. Como dice J. Childress, «Dios puede que sea un buen utilitarista, pero nosotros no podemos serlo. Simplemente carecemos de la capacidad para predecir con precisión las consecuencias que luego evaluamos.» (Childress, J.F., 1981 a) p. 507). En este sentido, hasta los más conspicuos defensores del criterio del valor social admiten los métodos de listas o del azar cuando las técnicas de evaluación social imposibilitan distinguir de manera alguna a los posibles candidatos (Basson, M.D., 1979, p. 330).

Finalmente, debe admitirse que aunque el criterio del valor social no parece el más apropiado para realizar la igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones asistenciales en circunstancias ordinarias, es probable que en caso de urgencia, con las consecuencias sociales a la vista, sí fuese lícito valerle de él, como rara excepción. Pero esto entraría dentro del llamado *triage*, y será tratado más aba-

2.2. Los criterios objetivos

Esta aproximación preconiza la utilización de un baremo previo de ciertas cualidades que serán tomadas en consideración en la resolución de dilemas microdistributivos. Tales podrían ser la edad, el sexo y el número de hijos en la familia, entre otros. Con estos criterios objetivos, los médicos y demás profesionales sanitarios escaparían de tener que realizar ellos mismos los cálculos de valor social y las evaluaciones comparativas entre las personas en cada caso concreto; la aplicación de estos principios sería, además, procedimentalmente sencilla.

Como criterios objetivos se han considerado factores tales como: a) El protagonismo familiar, ya que una persona no sólo es importante para sí misma, sino para los demás, sus amigos, asociaciones, colegas, y parece fundamental su relación con los familiares directos que dependen afectiva y materialmente de esa persona; b) la potencial futura contribución social, es decir, qué se espera de una persona, o qué espera la sociedad que una persona le dé (y por lo tanto si le conviene o no «invertir» en ella para obtener luego un «rédito»); c) los servicios prestados a la sociedad en el pasado, o servicios retrospectivos, lo que sería un corolario del principio visto en el punto anterior; d) la productividad económica de la persona cuando estaba sana; e) la edad y los años de vida productiva restantes; f) la responsabilidad por el bienestar de otros; g) las necesidades de la sociedad por sus servicios; h) consideraciones basadas sobre las potenciales contribuciones a la cultura, las artes, las ciencias, la economía o la política (Rescher, N., 1986, p. 605; Shatin, L., 1966, p. 99).

Estos enunciados pueden parecer claros. Pero lo que de ninguna manera está claro es que posean una debida justificación y que por lo tanto no resulten cargados de arbitrariedad. Así, por ejemplo, correspondería preguntarse qué es lo que hace que la edad o el sexo sean tomados como «criterios objetivos». Estas tablas, por lo tanto, pueden resultar simples, arbitrarias y posiblemente discriminatorias contra ciertas clases de personas, tales como los ancianos (Battin, M.P., 1987, pp. 317-340), las mujeres, o las personas solteras.

Por fin, podría decirse que estos llamados criterios objetivos, no son tales. En efecto, se trataría meramente de un puro criterio de valor social previamente tabulado, en un intento de conseguir una mayor imparcialidad, precisión y rapidez procedimental, pero que no podría hacer frente a las críticas formuladas desde el derecho al igual tratamiento, ni escaparía a las imperfecciones que aquel tipo de cálculos conlleva, antes expuestos en este mismo trabajo. Además, siempre surgiría de la necesidad de contar con un «baremo de baremos» a fin de resolver conflictos entre una tabulación y otra u otras (v.gr. un sujeto A: genio de la ciencia, pero soltero y sin hijos, frente a sujeto B: viuda y jubilada, pero con un hijo deficiente mental). Habría que determinar tanto un orden de prelación entre los diversos criterios, cuanto un orden de preferencias entre los diversos factores *combinados* entre sí, mediante, por ejemplo, todo un sistema de puntuaciones, seguramente arbitrario.

2.3. El criterio de la responsabilidad

Este criterio consiste, básicamente, en rechazar a aquella persona que posea

un grado *significativo* de responsabilidad en la producción o agravamiento de la falta de medios asistenciales (Holmgren, M., 1986, pp. 620-626). Según este parámetro, si un individuo «B» tiene un significativo grado de responsabilidad por la reducción de la oferta de medios existentes para salvar la vida o asistir a la salud y «A» no la tiene, en la opción entre uno y otro, debe darse prioridad al individuo «A». Igualmente «A» tendrá prioridad si «B» es un gastador consuetudinario de recursos públicos: si ha estado preso, si ha destruido bienes públicos, etcétera, tal que los contribuyentes hayan gastado en él aquel dinero que podría haberse invertido en el tipo de recursos sanitarios que ahora él mismo está necesitando.

Así presentado, el principio no parece ser más que el criterio del valor social, visto más arriba, sólo que ahora presentado bajo la fórmula inversa: no se trata ya de asistir al que produce el mayor beneficio para el mayor número, sino de *no asistir* a aquél que produce el mayor daño para el mayor número. O, como se prefiera, salvar a aquél que produce el menor daño (o la menor carga) para el mayor número.

En definitiva, este criterio no parece tratarse más que de una manera diferente de presentar las tesis del cálculo utilitarista bajo una expresión novedosa. E inclusive no tan novedosa, puesto que ya J. Stuart Mill (Mill, J.S., 1984, p. 130) decía que «si es un deber dar a cada uno lo que se merece (...) se sigue, necesariamente, (...) que la sociedad debe tratar igualmente bien a todos los que le han hecho *a ella* bien por igual, es decir a todos los que se han portado igualmente bien en todo.» Las objeciones, por otro lado, son las mismas que cabían en contra del antes analizado criterio del valor social, con dos más, en forma de interrogantes: ¿puede alguien determinar la responsabilidad dineraria neta (es decir considerando el gasto total individual y excesivo de recursos sociales, y restándole luego el total de los impuestos pagados por el individuo, es de suponer) en las puertas mismas del hospital? y ¿deben sopesarse también y, en su caso cómo, siempre a las puertas del hospital, los detrimentos y las contribuciones sociales no dinerarias (v.gr. fundación de movimientos terroristas, en un caso, invenciones, o poesía lírica, en el otro)?

2.4. El criterio de los riesgos voluntarios

Otro criterio que se ha propuesto para hacer la selección final de pacientes consiste en excluir del medio asistencial o tratamiento a quienes voluntariamente adoptan hábitos nocivos para la salud, o aquellos que a sabiendas y voluntariamente corren riesgos para su vida y su salud mayores que el promedio en una sociedad, y en un momento dado (Guttman, A., 1983, p. 564; Stainfelds, P. y R. M. Veatch, 1974, pp. 8-10).

Es tradición antigua en medicina, ya prefigurada en Hipócrates, considerar que existen enfermedades que obedecen al desarreglo de las costumbres o *mores*, y por eso denominadas *enfermedades morales* (Gracia, D., 1989, p. 37). También para Sócrates, la salud es fruto de un estilo de vida mesurado; y para Aristóteles son censurables los vicios del cuerpo atribuidos a una...

por excesos (Gracia, D., 1989, 42 y 1973, 31-63), por no mencionar la relación medieval entre salud, enfermedad y pecado.

En nuestros días se da mucha importancia al papel autoresponsable por numerosas enfermedades. Se está insistiendo crecientemente en que la propia salud es, en gran medida, objeto del control voluntario de decisiones conscientes. Cada día se aportan nuevos datos acerca de lo mucho que pueden hacer las personas para evitar incurrir en riesgos para su salud recurriendo incluso a fórmulas muy simples, como evitar el tabaco y el alcohol en exceso, o seguir ciertas pautas higiénico-dietéticas.

De esta manera se afirma que si el estado de salud depende en una parte decisiva de la toma voluntaria de riesgos y de la elección de estilos de vida, siendo los individuos en gran medida responsables de su salud y de su necesidad de asistencia sanitaria, no sería justo darles preferencia a quienes han provocado por sí mismos su enfermedad frente a quienes la padecen fortuitamente. Por lo tanto, quienes asumen voluntariamente unos estilos de vida saludables deben ser preferidos frente a quienes asumen riesgos para su salud.

Ante este criterio surgen dos tipos de problemas: uno de conocimiento, y el otro sobre el carácter genuinamente voluntario de los riesgos y de la enfermedad que de ellos se derive.

En cuanto al primero, debe recalarse que sería imposible establecer precisamente la causa de enfermedad en cada caso concreto. Por ejemplo ¿cómo determinar, en el momento en que el paciente se halla a las puertas del hospital, que el cáncer de pulmón que padece es debido a conductas voluntarias que implicaban un alto riesgo? Y en donde dice cáncer puede leerse sida, tuberculosis, sífilis o fractura del fémur. Para tal determinación se debería estar *in situ* en condiciones de, como mínimo: a) establecer exactamente el papel causal de los actores voluntarios frente a los involuntarios como origen de la enfermedad o dolencia en el caso concreto; b) diferenciar entre la conducta puramente voluntaria y aquella no voluntaria o compulsiva; c) distinguir entre las predisposiciones individuales genéticas y no genéticas para la enfermedad (Dworkin, G., 1979). Como se comprende, este tipo de determinaciones resulta imposible ante el paciente en concreto. Esto es por sí ya invalidaría el criterio. Pero puede haber casos en los que, a juicio del personal sanitario (y de los otros pacientes en lista) al menos, la relación entre voluntariedad y enfermedad o dolencia esté muy clara. Por esta razón hay que cuestionar la existencia misma de dicha relación.

Varios modelos intentan explicar la relación entre voluntariedad y enfermedad:

a) el modelo voluntarista-individualista que considera que el individuo es personalmente responsable de su salud y tiene enteras posibilidades de velar por ella. Cada uno escogerá sus propios estilos de vida conciliando la protección de su propia salud con sus gustos y preferencias. Este marco resulta por lo menos incompleto, si no engañoso, ya que viene a centrar su atención totalmente en la conducta individual, sin dar importancia alguna a las precondiciones sociales de esa conducta individual (Beauchamp, D.E., 1983, p. 570); b) el llamado modelo médico o de la etiología específica que considera que las enfermedades responden a agentes externos, más o menos fuera del alcance de la voluntariedad.

R., 1979, p. 101 y Veatch, R.M., 1983 p. 581); c) el modelo psicológico, o del determinismo psicológico, que sostiene que quienes incurrir en conductas que resultan dañosas para la salud, como los fumadores, lo hacen a causa de unos patrones psicológicos originados por factores ajenos al propio individuo y que, por lo tanto, no puede hablarse de voluntariedad real; d) el modelo socioestructural, que correlaciona el nivel socioeconómico de las personas, con las tasas de enfermedad, mortalidad y conductas de riesgo para la salud (Durán, M.A., 1983; Morgan, M., M. Calnan y N. Manning, 1985 y Farrow, S. 1986, 127-139), afirmando que es el medio quien determina las conductas de riesgo, no los individuos por sí mismos; y, por último, e) el modelo multicausal, que da cabida tanto elementos volitivos cuanto orgánicos, psicológicos y socioestructurales.

El último de los mencionados es el modelo científicamente más sólido, y que prevalece en la actualidad. Debe reconocerse, entonces, que las causas de la enfermedad son tan múltiples y variadas que a nadie se le puede negar el acceso a la asistencia sobre la base de su exclusiva responsabilidad (President's Commission, 1983, Vol. 1, pp. 4 - 6). Por otra parte, la asistencia sanitaria es un derecho al que se accede en condiciones de igualdad efectiva, y no un premio a la templanza o a la continencia, que pueda perderse por causas como la adopción de hábitos o conductas nocivos para la salud (Aparicio Tovar, J., 1989, p. 196).

2.5. El criterio del triage

Al tratar más arriba el criterio del valor social se mencionó que, bajo circunstancias extraordinarias (epidemias, terremotos, accidentes masivos), sería posible aceptar sesgos asistenciales para minimizar los daños sobre la salud de la mayoría, en un proceso denominado *triage* (del francés, *selección*). El *triage* puede definirse como la *selección de pacientes según sus capacidades en situaciones de grave peligro social*.

Este procedimiento tiene sus orígenes en la medicina militar, y el término en concreto, con el barón Dominique J. Larrey, jefe de médicos militares de Napoleón (Brody, B.A., y H.T. Engelhardt, 1987, p. 261). En aquel contexto, los heridos son asistidos en un orden de prioridades que viene dado por la posibilidad de reincorporarse cuanto antes y sin secuelas al campo de batalla. En este tipo de situaciones se daría prioridad a los heridos leves que pudieran reincorporarse rápidamente al servicio, luego estarían aquellos que necesitasen reanimación o cirugía y, en último lugar, los mutilados, desahuciados y agonizantes (Margolis, 1985, p. 171).

Más allá de la medicina militar y de la guerra, en cuyas contradicciones no se va a entrar aquí, hay algunas condiciones excepcionales en las que puede ser lícito recurrir al *triage*. Para comprenderlo, hay que distinguir entre dos tipos de situaciones posibles. Una, en donde los medios con los que se cuenta son ínfimos en relación con los pacientes que de manera apremiante necesitan asistencia. Este sería el caso de un accidente de aviación con cientos de heridos, y con un solo médico (v.gr. un superviviente de la catástrofe), para darles, con los casi milos

a los heridos en tres grupos: el de aquellos que no sobrevivirían, inclusive con tratamiento; el de aquellos que se recobrarían inclusive sin tratamiento; y un grupo prioritario, formado por aquellos que necesitasen el tratamiento a fin de sobrevivir. A su vez, dentro de este grupo, elegiría a aquellos cuyo tratamiento puede él realizar con los medios a su alcance, dejando para después a aquellos en quienes intentaría «algo», aún a sabiendas de su dudosa eficacia. Este primer caso no parece de *triage* propiamente dicho, sino que sería simplemente un caso más de adecuación entre las necesidades de los pacientes y la eficacia de los medios con que cuenta la sanidad.

Existe, sin embargo, un caso en el que sí se aplicaría, lícitamente, el *triage* propiamente dicho. Este sería el de una grave catástrofe o siniestro, en la cual, para el propio control de la tragedia y para minimizar los de otra forma gravísimos y masivos daños personales debidos a ella, habría que seleccionar a una determinada clase de pacientes, según sus *capacidades*. Por ejemplo, en una grave epidemia, en un terremoto o durante un incendio, habría que dar prioridad al personal sanitario, a los miembros de los equipos de rescate o a los bomberos, respectivamente. Salvando a los profesionales éstos podrían a su vez salvar un mayor número de vidas (Green, R., 1976, p. 112; Veatch, R. M., 1981, p. 263).

Evidentemente, en el *triage* propiamente dicho, se quiebra, en razón de la situación extraordinaria, el principio de igualdad efectiva en el acceso a la asistencia sanitaria. De hecho implica la decisión de no asistir a algunas personas, que podrían haber sido auxiliadas por medio de otra distribución también factible (Margolis, 1985, p. 184). Por eso, al tratarse de una rara excepción al principio de igualdad efectiva de las prestaciones, requiere unas condiciones también excepcionales y unas pruebas contundentes (Thielicke, H., 1970, p. 172).

Las condiciones indispensables de excepcionalidad son al menos tres, una, referida a las circunstancias; las otras dos, relacionadas con la persona que será preferida en la distribución de asistencia. Para que el *triage* sea lícito, pues: a) las circunstancias tienen que constituir un peligro grave para la sociedad o el grupo humano, tal que la amenaza para la supervivencia de la sociedad (v.gr. una epidemia) o del grupo humano (un accidente masivo, un incendio con decenas de víctimas atrapadas, un terremoto), sea clara y contemporánea a los hechos (Jonsen, A.R., M. Siegler y W.J. Winslade, 1986, p. 156); b) se le dará prioridad asistencial a una persona sí y sólo sí su contribución es indispensable para controlar la catástrofe o minimizar el número de víctimas; c) la selección de determinadas personas en razón de su posición o capacidades estará basada en la reincorporación inmediata a sus puestos, para contener la tragedia (Jonsen, A.R., M. Siegler y W.J. Winslade, 1986, p. 157).

Finalmente, hay que recalcar que, a pesar de que los juicios hechos con motivo del *triage* son de hecho comparativos y evaluativos, no se pronunciarán jamás sobre el valor social de las personas, sino meramente sobre sus aportaciones ciertas y puramente circunstanciales en condiciones excepcionales (Ramsey, P., 1979, pp. 257 - 58), y que la utilización del *triage* en condiciones no catastróficas es inadmisibile desde el principio de la igualdad asistencial efectiva.

2.6. El criterio de las listas de espera o el azar

Ni los sistemas llamados objetivos ni la valoración utilitaria parecen incorporar principios de justicia en forma de igualdad de oportunidades o igual acceso a los medios asistenciales escasos. Ningún criterio de los expuestos parece capaz de reflejar el igual valor moral de cada persona ni los iguales derechos de cada uno a la vida y a la salud, al igual respeto y al igual acceso al tratamiento. Una buena forma de salvar estas falencias, resultaría de la aplicación de los sistemas aleatorios, tales como los de lista de espera o el del azar, sistema sobre cuya validez casi todos coinciden, al menos como último recurso, ante la imposibilidad de discernir, mediante los criterios antes vistos, sobre quién singularizar la asistencia efectiva (Basson, M.D., 1979, p. 330). Por esta razón, a veces se ha propugnado éste procedimiento más bien como una categoría residual, frente a la falibilidad de los demás sistemas, y por el escepticismo moral al enfrentar el caso del paciente individual y concreto. En tal sentido, el azar y las listas de espera han sido casi percibidos como «no criterios», posiblemente porque, más que criterios de selección lo son de admisión sin selección.

Pero las razones para defender los criterios de orden de llegada, lotería o azar no son meramente negativas. En efecto, esta aproximación puede expresar de una manera más o menos aceptable algunos principios y valores. Concretamente, las razones que se pueden esgrimir en defensa de la selección al azar son, sin perjuicio de otras. Primero, que este tipo de métodos permite preservar algunos de los más importantes valores, incluida la igualdad en el acceso y en las prestaciones, mientras que cualquier valoración comparativa fundada en las funciones sociales del sujeto atentaría contra la dignidad personal. Segundo, que de esta manera se apoya la relación de confianza entre los pacientes (es decir potencialmente cada uno de los miembros de una sociedad) y los profesionales de la salud; esta confianza -este confiar- es difícil de mantener cuando los pacientes se saben objeto de valoraciones comparativas y son tratados como medios para algún fin más complejo (Childress, J.F., 1981 b), p. 94). Tercero, que, desde el ángulo psicológico, los candidatos no admitidos a recursos escasos para salvar la vida, y sus familias, pueden soportar mejor la negativa si esta está basada en un turno o en el azar más que sobre juicios sobre valor social (Childress J.F., 1978, p. 1417). Cuarto, y por último, que dejar librada a la suerte la selección final probablemente resultaría en una distribución más racional de los medios asistenciales, y un mejor equilibrio entre prevención, promoción y curación, ya que en un sistema participativo, los ciudadanos tratarían de minimizar sus posibilidades de resultar excluidos.

Este tipo de criterios presenta, no obstante, problemas de índole procedimental, sobre todo cuando no se trata de optar entre dos o tres pacientes, y en una circunstancia fugaz. Serán vistos en la sección correspondiente, pero es bueno adelantar que con el criterio del azar, habría que asegurar que todos y cada uno de los participantes tiene una efectiva igualdad de oportunidades de entrar en la lista de espera o de quedar incluido en la lotería o sorteo al azar (Beauchamp T.L. y J.F. Childress, 1983, p. 214).

III. ASPECTOS PROCEDIMENTALES

Analizados los criterios que intentan servir de base a la selección de pacientes, quedan ahora por ver las cuestiones referidas a la forma en la que se toman las decisiones y a los sujetos que habrán de adoptarlas.

Algunas veces no es posible garantizar un resultado justo por ningún medio concebible o factible, pero, no obstante, aún queda la preocupación en cuanto a la justicia de los procedimientos en sí mismos. En este sentido, siguiendo a J. Rawls (Rawls, J., 1973, p. 66) podremos sentirnos más seguros de nuestros juicios acerca de la justicia de los procedimientos que sobre la justicia de los resultados. Para obtener decisiones jurisdiccionales imparciales, deben seguirse las reglas del debido proceso (las partes deben ser oídas, las partes tienen derecho a una decisión fundada, nadie puede ser juez y parte, etcétera); igualmente, serán necesarias ciertas reglas de procedimiento en cualquier toma de decisiones, y por ende en la microdistribución de asistencia sanitaria (sobre procedimientos de decisión en ética clínica, véase Gracia, D., 1991).

El procedimiento debe ser, ante todo, simple y aceptable, para que no suceda lo que en los EE.UU. con el procedimiento para asignar órganos para trasplantes, calificado por A. Buchanan de «parchado incoherente de procedimientos» (*inconsistent patchwork of processes*) (Buchanan, A., 1989, p. 304). Debe, además, ser equitativo, no dejando lugar para «influencias» o favoritismos. Aquí se verá, en primer lugar, el problema de la aceptabilidad del procedimiento; en segundo término, se analizará la forma y manera en la cual se toman las decisiones, y los sujetos que deben participar en ellas, según los criterios sustantivos que más arriba se han defendido como los más convincentes en circunstancias ordinarias.

1. Aceptabilidad

La inclusión de un paciente para el tratamiento y la exclusión de otro no sólo debe ser justificada, sino que, además, para el público en general, debe parecer justificada (Rescher, N., 1986, p. 604). En efecto, el daño o riesgo de daño (en este caso la decisión de no dar acceso a un paciente a un medio asistencial-terapéutico) puede ser percibido como impuesto: 1º) por elección o por azar; 2º) directa o indirectamente; 3º) por una acción o una omisión; 4º) mediante un proceso a puertas abiertas o mediante un proceso a puertas cerradas; y 5º) por personas identificadas, sobre un receptor identificado, o por personas no identificadas y sobre pacientes tampoco identificados. Es de resaltar que cuanto más la decisión de no dar acceso a un medio asistencial es o parece ser impuesta 1º) por elección, 2º) directamente, 3º) por una acción, 4º) mediante un proceso a puertas abiertas, 5º) por una persona identificada y sobre un paciente identificado, tanto más probablemente será difícil de aceptar. Inversamente, cuanto más la decisión de no dar acceso sea impuesta, ya real o aparentemente, 1º) al azar, 2º) indirectamente, 3º) mediante una omisión, 4º) mediante un procedimiento a puertas cerradas, y 5º) por personas no identificadas y sobre un paciente no identificado, mayores serán las posibilidades de que sea considerada aceptable (Somerville, M.A., 1986, p. 158).

En resumen, las probabilidades de que ocurra un daño a resultas de una decisión microdistributiva no son los únicos factores determinantes de la aceptabilidad de dicha decisión. Los aspectos relativos al procedimiento de la toma de tal decisión son también fundamentales. Se requerirán, así, tanto reglas sustantivas cuanto procedimentales, aunque unas y otras están estrechamente vinculadas. De tal manera, si nos preguntáramos acerca de quién tomará las decisiones en este campo y qué criterios serán utilizados para la selección de pacientes, ambas respuestas estarían interrelacionadas, pues no sería necesaria la toma de decisiones si el criterio selectivo fuera siempre y en todas las etapas el del puro azar.

2. Procedimientos de inclusión

Más allá del criterio del progreso de la ciencia, válido para un ámbito muy restringido, antes se defendió, no sin matizaciones, el criterio de la perspectiva de éxito como un principio de inclusión aceptable. Pero todavía quedan cuestiones procedimentales por resolver, relativas a su adopción y aplicación.

El criterio de la aceptabilidad médica depende no solamente de las necesidades y características del paciente, sino también de la oferta asistencial de cada hospital. Así, por ejemplo, un hospital que no posea los medios técnicos y humanos apropiados para tratar a enfermos con infecciones complicadas (v.gr., apendicitis perforada, por carecer de servicios de cirugía), deberá formar la clase de inclusión eliminando este tipo de patologías. Por lo tanto, parece apropiado que sea localmente en cada hospital en donde se adopten este tipo de criterios.

Por otra parte, ya se dijo que el de la perspectiva de éxito es un criterio eminentemente clínico, pero que a veces este juicio contiene parámetros psicológicos, sobre los que hay que ser muy cauto; otras veces se corre el riesgo de incluir, aún de manera vaga, elementos de valoración social, que hay que evitar. Esto lleva a pensar que los criterios de inclusión en razón de la perspectiva de éxito clínico deben ser establecidos por un grupo humano formado tanto por médicos y enfermeras cuanto por otros miembros del hospital y por representantes de la comunidad. En este sentido lo mejor será, sin dudas, un comité de ética formado por profesionales del hospital y también por representantes de la comunidad a la que sirve; esto es, por otra parte, lo que debe interpretarse como lo más acorde con el artículo 129.1 de la Constitución.

Más allá, este tipo de criterios deberían constar por escrito, como guías de actuación (*guidelines*), tendrían que ser conocidos por todos los participantes, deberían ser básicamente revisables, según un calendario de seguimiento y no podrían admitir, en su aplicación, excepciones individuales.

Finalmente, en cuanto a su aplicación, estos criterios, si están bien desarrollados, deben resultar sencillos y objetivos. Debe recordarse que cuanto menor sea la oferta del recurso, más altos deben ser los estándares mínimos de aceptabilidad médica. Por otra parte, a mayor similitud entre pacientes, más cuidadosa debe ser la selección, y ante la duda, debe optarse por la inclusión, para

3. Procedimientos de selección final

Como criterio de selección final más arriba se defendió, salvo el caso excepcional del *triage*, el de la lista de espera o azar. En cuanto a su adopción, puede decirse lo mismo que sobre el criterio de la perspectiva de éxito. Pero este criterio que teóricamente resultaba tan atractivo puede, sin embargo, ofrecer dificultades para su puesta en práctica. Más que nada cuando se trata de escoger entre una gran cantidad de pacientes de una misma clase, según su necesidad y perspectivas de éxito, y no de entre dos o tres pacientes, con todos ellos a la vista y en un momento pasajero.

En primer lugar, este sistema puede vulnerar a los miembros más desvalidos de la sociedad. En efecto, la lista de (larga) espera puede abrir irremediamente el camino a la desesperación y a los favoritismos. En otro plano, los individuos de extracción socio-cultural más baja, por su menor educación, su menor tendencia a visitar al médico y sus menores posibilidades de obtener información acerca de cómo hacer para quedar incluido en las listas de espera pueden, en muchos casos, quedarse fuera. Otro tanto ocurriría con aquellos que viven a mayor distancia de un centro sanitario, con los ancianos y con los que viven solos, entre otros. Por otra parte, muchas preguntas pueden quedar sin responder, por ejemplo, las de quiénes participarán en las listas, cómo se renovarán, o entre quiénes se hará el sorteo, y con qué frecuencia.

Lo más objetable, sin embargo, es que la adopción de las listas de espera (o de sorteo) parece presuponer, erróneamente, que el proceso patológico de cada individuo no sigue evolucionando. No obstante, la enfermedad es un proceso cambiante y por ende lo es también el grado de necesidad de asistencia sanitaria de cada enfermo. Mantener una lista de espera (o de sorteo) homogénea en cuanto a la intensidad de la necesidad de los participantes, exigiría revisarla diariamente, esto es, revisar cada día a paciente, cosa a todas luces absurda. Y un absurdo adicional: podría ocurrir que al ir al hospital en busca de asistencia se oyera una respuesta del tipo «lo sentimos mucho, señor Rodríguez, pero no está Usted lo bastante grave; siga Usted sufriendo, siga Usted empeorando y, cuando su proceso sea ya irreversible, no deje Usted de venir, que aquí siempre tenemos un cama para los casos realmente graves.»

En fin, salvo para decidir en un momento muy concreto, entre unos muy pocos pacientes y teniéndolos a todos ellos a la vista, el sistema de listas de espera o azar difícilmente asegure la igualdad efectiva de las prestaciones asistenciales.

IV. CONCLUSIONES

I. Los dilemas microdistributivos se presentan más por el tipo de oferta asistencial que por las reales necesidades sanitario-asistenciales de los individuos. Tales necesidades incluyen agua y alimentos en calidad y cantidad suficiente, buena educación y vivienda apropiada, ingresos adecuados y un papel útil para la sociedad (Rathwell, T., 1992, pp. 169-70). El recurso a técnicas intensivas con

una limitada cobertura real debe estar subordinado al acceso universal a servicios de asistencia primaria y preventiva (Green, R.H., 1991, p. 746).

II. El único criterio de inclusión admisible, en un sistema público, desde el derecho a la asistencia sanitaria en condiciones de igualdad efectiva en el acceso y en las prestaciones es el de la perspectiva de éxito, es decir, el de la eficacia del medio asistencial en el caso concreto. O, dicho en otras palabras, el de la propia capacidad del tratamiento de ser beneficioso para el individuo en términos de éxito clínico.

III. La selección final mediante las listas de espera o el azar puede, como criterio sustantivo para decidir entre muy pocos pacientes y con todos ellos a la vista, respetar el principio de igualdad efectiva.

IV. La única y rara excepción posible al principio de igualdad efectiva es la selección mediante el *triage*, que puede admitirse en muy contadas y extraordinarias circunstancias.

V. No obstante lo dicho en la conclusión III, los sistemas de listas de espera o azar tienen problemas procedimentales graves y posiblemente insalvables, tal que pueden convertir la igualdad efectiva en algo puramente ilusorio cuando se aplican a un número elevado de pacientes. Ante este panorama, el autor se queda reflexionando sobre la conclusión I que antecede.

BIBLIOGRAFIA

- APARICIO TOVAR, Joaquín: *La Seguridad Social y la protección de la salud*, Cívitas, Madrid, 1989;
- BASSON, Marc D.: «Choosing among Candidates for Scarce Medical Resources», en *The Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 4, Nº 3, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, Holanda, pp. 313 - 333, 1979;
- BATTIN, Margaret P.: «Age Rationing and the Just Distribution of Health Care: Is There a Duty to Die?», en *Ethics*, Vol. 97, Nº 2, Chicago, pp. 317 - 340, 1987;
- BEAUCHAMP, Dan E.: «Public Health as Social Justice», en GOROVITZ, Samuel y otros: *Moral Problems in Medicine*, 2ª Edición, Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, N.J., pp. 568 - 576, 1983;
- BEAUCHAMP, Tom L. y James F. Childress: *Principles of Biomedical Ethics*, 2ª Edición, (1ª Edición 1979), Oxford University Press, Nueva York, 1983;
- BRODY, Baruch A. y H. Tristram Engelhardt, Jr.: *Bioethics: Readings and Cases* PrenticeHall, Inc., Englewood Cliffs, N.J., 1987;
- BUCHANAN, Allen: «Health Care Delivery and Resource Allocation», en VEATCH, Robert (editor), *Medical Ethics*, Jones & Barlett Publishers, Boston, Mass. 1989;
- CALABRESSI, G. y P. BOBBIT: *Tragic Choices*, Norton & Co., Nueva York, 1978;
- CHILDRESS, James F.: «Rationing of Medical Treatment», en Warren T. Reich

- CHILDRESS, James F.: «Who Shall Live When Not All Can Live», en SHANNON, Thomas (editor): *Bioethics (Basic writings on the key ethical questions that surround the major modern biological possibilities and problems)* Edición Revisada. Paulist Press, Ramsey, N.J., pp. 501 - 515, 1981 a).
- CHILDRESS, James F.: *Priorities in Biomedical Ethics* The Westminster Press, Philadelphia, 1981 b).
- CHRISTOPHERSON, Lois K. y Donald T. Lunde: «Selection of Cardiac Transplant Recipients and Their Subsequent Psychosocial Adjustment», en *Seminars in Psychiatry*, Nº 3, pp. 36-45, 1971.
- DUBOS, René: *Mirage of Health: Utopias Progress and Biological Change*, Harper Colophon Books, Nueva York, 1979 (1ª Ed. 1959).
- DURAN, María Angeles: *Desigualdad social y enfermedad*, Col. Semilla y Surco, Sociología, Tecnos, Madrid, 1983.
- DWORKIN, Gerald: «Responsibility and Health Risks», *Hastings Center Report*, 4, pp. 8-11, 1979.
- DWORKIN, Ronald: *Taking Rights Seriously*, (Nueva reimpression, con respuestas a las críticas), (1ª Edición 1977), Gerald Duckworth & Co., Londres, 1987.
- FARROW, Stephen: «Unemployment and Health», en BYRNE, Peter (editor), *Rights and Wrongs in Medicine*, Serie King's College Studies, 1985-6, King's Eduard Hospital Fund for London, Londres, pp. 127-139, 1986.
- FLETCHER, Joseph: «The Greatest Good of the Greatest Number: A New Frontier in the Morality of Medical Care», Sanger Lecture, nº 7. Richmond Medical College of Virginia. Virginia Commonwealth University, 1983.
- GRACIA, Diego: «El estatuto de la medicina en el *Corpus Aristotelicum*, en *Asclepio*, XXV, pp. 31 - 63, 1973.
- GRACIA, Diego: *Fundamentos de bioética*, Eudema Universidad: Manuales, Editorial de la Universidad Complutense (Eudema), Madrid, 1989.
- GRACIA, Diego: *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Eudema Universidad: Textos de Apoyo, Editorial de la Universidad Complutense (Eudema), Madrid, 1991.
- GREEN, Reginald Herbold: «Politics, Power and Poverty: Health for All in 2000 in The Third World?», en *Social Science and Medicine*, Vol. 32, Nº 7, pp. 745 - 755, 1991.
- GREEN, Ronald: «Health Care and Justice in Contract Theory Perspective», en VEATCH, Robert y R. Branson, *Ethics and Health Policy*, Ballinger, Cambridge, Mass., pp. 104 -116, 1976.
- GRIFFIN, Andrew J. y David C. Thomasma: «Triage and Critical Care of Children», en *Theoretical Medicine*, Vol. 4, Nº 2, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Holanda, pp. 155- 164, 1983.
- GUTTMAN, Amy: «For and Against Equal Acces to Health Care», en GOROVITZ, Samuel y otros: *Moral Problems in Medicine*, 2ª Edición, Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs, N.J., pp. 557 - 567, 1983.
- HOLMGREN, Margaret: «The Microallocation of Scarce Medical Lifesaving Resources», en MAPPES, Thomas A. y Jane Zembany: *Biomedical Ethics*, 2ª Edición (1ª Ed. 1981), McGraw-Hill Book Co., Nueva York, 1986: pp. 620 -626
- JONSEN, Albert R., Mark Siegler y William J. Winslade: *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, 2ª Edición (1ª Ed., 1982), Macmillan, Nueva York, 1986.
- KIPNIS, Kenneth y Gailin M. Williamson: «Nontreatment Decisions for Severely Compromised Newborns», en *Ethics*, Vol. 95, Universidad de Chicago, Chicago, pp. 90 - 111, 1984.
- MARGOLIS, Joseph: «Triage and Critical Care», en *Ethics and Critical Care Medicine*, Philosophy and Medicine, vol. 19, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, Holanda, pp. 171-189, 1985.
- MILL, John Stuart: *El utilitarismo. Un sistema de lógica (Utilitarianism. The Science of Logic*, intr., tr. y notas de E. Guisán), Col. «El libro de bolsillo» Nº 1054, Alianza, Madrid, 1984.
- MORGAN, Myfanwy; Michael Calnan y Nick Manning: *Sociological Approaches to Health and Medicine*, Croom Helm, Beckenham, Kent, 1985.
- NINO, Carlos Santiago: *Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación*, Col. Paidós/Studio Básica, Paidós, Buenos Aires, 1984.
- PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH: *Securing Access to Health Care: A Report on the Ethical Implications of Differences in the Availability of Health Services*, Vol. I, U.S. Government Printing Office, Washington D.C., 1983.
- RAMSEY, Paul: *The Patient as Person: Explorations in Medical Ethics*, Yale University Press, New Haven y Londres, pp. 257-258, 1979.
- RATHWELL, Tom: «Pursuing Health for all in Britain - An Assesment», en *Social Science and Medicine*, Vol. 34, Nº 2, pp. 169 - 182, 1992.
- RAWLS, John: *A Theory of Justice*, Oxford Paperbacks, Oxford University Press, Oxford, 1973.
- RESCHER, Nicholas: «The Allocation of Exotic Medical Lifesaving Therapy», en MAPPES, Thomas A. y Jane Zembany: *Biomedical Ethics*, 2ª Edición (1ª Ed. 1981), McGraw-Hill Book Co., Nueva York, 1986; pp. 601 -611; también en: *Ethics*, 79 (1969): 163-186.
- SANDERS, David y Dukeminier, Jesse Jr.: «Medical Advance and Legal Lag: Hemodialysis and Kidney Transplantation.» *UCLA Law Review*, 15, Los Angeles, pp. 357 - 413, 1968.
- SHATIN, Leo: «Medical Care and the Social Worth of Man», en *American Journal of Orthopsychiatry*, 36, Nº 1, pp. 96-101, 1966.
- SOMERVILLE, Margaret A.: «'Should the Grandparents Die?': Allocation of Medical Resources whith an Aging Population», en *Law Medicine and Health Care*, Vol. 14, Nº 3, Boston, Mass., págs. 158-163, 1986.
- STAINFELDS, Peter y Robert M. Veatch: «Who Should Pay for the Smoker's Medical Care?», en *Hastings Center Report*, 4 - pp. 8 - 10, 1974.
- THIELICKE, Helmut: The Doctor as Judge of Who Shall Live and Who Shall Die», en VAUX, Kenneth (ed.), *Who Shall Live?*, Fortress Press, Philadelphia, pp. 146 - 194. 1970.