

La Medición del Bienestar Social Relacionado con la Salud*

ABELLÁN PERPIÑÁN, JOSÉ M^a, SÁNCHEZ MARTÍNEZ, FERNANDO I. Y MARTÍNEZ PÉREZ, JORGE E.

Depto. de Economía Aplicada. Grupo de trabajo en Economía de la Salud. Universidad de Murcia. Campus de Espinardo. 30100 Murcia.

E-mail: dionisos@um.es - fernando@um.es - jorgemp@um.es

RESUMEN

En este artículo revisamos de forma sistemática los enfoques que se han utilizado para medir preferencias colectivas relacionadas con la salud. Sugerimos que las preferencias relacionadas con la salud que deberían medirse para tomar decisiones sociales son aquellas que combinan egoísmo y altruismo ("preferencias personales socialmente inclusivas"), y que el método más apropiado para medir tales preferencias es el "velo de la ignorancia". Presentamos un estudio piloto en el que se prueban distintos métodos para medir las preferencias que tratan de suscitar diferentes perspectivas en los sujetos (personal, social y personal socialmente inclusiva). Los resultados preliminares sugieren que el método del "velo de la ignorancia" puede ser útil para medir preferencias mixtas, situadas a mitad de camino entre las estrictamente personales y las puramente sociales o altruistas.

Palabras Clave: Años de Vida Ajustados por la Calidad, función de bienestar social, velo de la ignorancia, preferencias personales socialmente inclusivas

The Measurement of the Health Related Social Welfare

ABSTRACT

This paper systematizes the different approaches used to measure health related social preferences. We suggest that those preferences involving both personal and altruistic concerns (the so-called "socially inclusive personal preferences") should be used to make social decisions. We argue that the best existing method for eliciting such preferences is the "veil of ignorance" approach. We report on the results of a pilot study in which we try different methods of eliciting preferences, each of them inducing different perspectives (personal, social and socially inclusive preferences). Preliminary results suggest that the "veil of ignorance" approach could be a useful method to elicit those "mixed" preferences that lay in-between personal and social (altruistic) preferences.

Keywords: Quality-adjusted life-years, social welfare function, veil of ignorance, socially inclusive personal preferences.

Clasificación JEL: I10, D10, D60.

*Este artículo resume parcialmente los resultados obtenidos en el proyecto "La incorporación de las preferencias de los ciudadanos al proceso de asignación de recursos en el Sistema Nacional de Salud. El enfoque del velo de la ignorancia", financiado por la Fundación Ramón Areces, a la que los autores expresan su gratitud por el apoyo recibido. Así mismo, los autores desean agradecer a dos evaluadores anónimos sus comentarios y sugerencias que han contribuido a mejorar sustantivamente la versión final de este trabajo.

Artículo recibido en octubre de 2006 y aceptado para su publicación en octubre de 2007.

Artículo disponible en versión electrónica en la página www.revista-eea.net, ref.: e-25308.

1. INTRODUCCIÓN

Existe un creciente interés en los países desarrollados por articular mecanismos de participación de sus ciudadanos en el proceso de toma de decisiones sanitarias. Así, comienzan a acumularse experiencias internacionales orientadas al propósito de establecer prioridades entre los programas sanitarios públicos, sobre la base de las preferencias de los contribuyentes. En este sentido, ya en 1986 la “Carta de Ottawa” para la promoción de la salud, en el marco de la estrategia “Salud para Todos” impulsada por la Organización Mundial de la Salud, reclama “la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades” y en “la toma de decisiones” relacionadas con la promoción de la salud. Más recientemente, el *NHS Executive Management* británico, en la publicación *Local Voices* editada en 1992, defiende la necesidad de tomar en consideración las opiniones de la población al establecer las prioridades sanitarias. Posteriormente, en 1995, el estado norteamericano de Oregón intentó delimitar y ordenar el catálogo de prestaciones sanitarias con cobertura pública a partir de mediciones cuantitativas de las preferencias de la población general en el marco del enfoque “Año de Vida Ajustado por la Calidad” (AVAC), más conocido por su acrónimo en inglés *QALY*¹. Una revisión de algunas otras experiencias puede encontrarse en Costa-Font (2003).

La legislación española más reciente parece pronunciarse en el mismo sentido al que apuntan las iniciativas arriba mencionadas. De esta forma, la “Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud” declara en su articulado el objetivo de garantizar la equidad, calidad y participación social en el Sistema Nacional de Salud (SNS). De hecho, uno de los nuevos organismos creados por esta ley es precisamente el Consejo de Participación Social, concebido como vehículo para fomentar la participación de los ciudadanos y los profesionales sanitarios en el devenir del SNS.

Parece, pues, que existe un amplio consenso acerca de la conveniencia de que las preferencias colectivas informen el proceso de asignación de los recursos sanitarios. Sin embargo, para materializar este loable propósito se requiere dilucidar previamente de qué modo podemos medir dichas preferencias. Como pretendemos mostrar en este artículo, existen varias opciones metodológicas, cada una de ellas deudora de una concepción diferente acerca del bienestar social relacionado con la salud. Nuestro principal objetivo es sistematizar los enfoques alternativos que pueden identificarse en la literatura, así como la evidencia empírica existente, a fin de juzgar los méritos relativos de unos y otros. Adicionalmente, presentamos los resultados preliminares de un estudio piloto diseñado para capturar las preferencias colectivas de la población general, desarrollando el enfoque que a resultas de la sistematización precedente nos pareció idóneo: la idea rawlsiana del “velo de la ignorancia”².

¹ *Quality-adjusted life-year*.

² Harsanyi (1955), Rawls (1971).

La estructura del artículo es la siguiente: En primer lugar, en la sección 2 exponemos los principales enfoques teóricos que se han sugerido para la medición del bienestar social relacionado con la salud. La validez de estos diferentes enfoques se somete a evaluación en la sección 3 a la luz de una serie de criterios de carácter descriptivo y normativo. En el apartado 4 presentamos el diseño metodológico del estudio piloto y los principales resultados obtenidos que, pese a su carácter preliminar, permiten derivar interesantes implicaciones. El artículo se cierra con un apartado de conclusiones.

2. LA MEDICIÓN DEL BIENESTAR SOCIAL RELACIONADO CON LA SALUD

2.1. Utilidad individual y perspectiva

En la literatura³ sobre medición de preferencias relacionadas con la salud se suele distinguir entre utilidad individual y valor o utilidad social. En principio, de forma mayoritaria, el término utilidad individual suele emplearse exclusivamente para designar el bienestar que extrae el individuo cuando formula juicios o realiza elecciones que sólo a él incumben. Según esta concepción, el único tipo de preferencias reflejadas en una función de utilidad individual serían las preferencias personales (las preferencias acerca de lo que es bueno para uno mismo).

Las preferencias personales pueden medirse mediante la observación del comportamiento del individuo en mercados relacionados con la salud (p.ej. el mercado de trabajo) o, como es más común en la evaluación económica de la sanidad, mediante el recurso a encuestas. Éste sería el caso de las preferencias obtenidas de los pacientes cuando se les pide que puntúen sobre una escala visual analógica varios estados de salud⁴.

Sin embargo, la anterior visión es desafiada por parte de aquellos investigadores⁵ que han subrayado la importancia que adquiere la perspectiva suscitada en los individuos cuando se miden sus preferencias. De este modo, una misma función de utilidad individual (es decir, literalmente de un individuo) puede verse motivada por preferencias de distinto tipo, las cuales pueden ser estimuladas según la manera en

³ Cf. Nord (1994), Bleichrodt (1997), Dolan (1998), Bleichrodt et al. (2005).

⁴ La escala visual analógica (EVA) es una línea graduada con extremos 0-1 ó 0-100 sobre la que los encuestados sitúan uno o más estados de salud, respondiendo dicha localización a sus preferencias. Para una revisión exhaustiva sobre las ventajas e inconvenientes de la EVA puede consultarse Parkin y Devlin (2006).

⁵ Cf. Richardson y Nord (1997), Menzel (1999), Dolan et al. (2003).

que se planteen las preguntas al encuestado. En concreto, se pueden discernir hasta tres perspectivas (preferencias) diferentes, admitiendo una de ellas dos formulaciones ligeramente distintas⁶:

1. La perspectiva “personal”, suscitada cuando se le pide al individuo que asigne valor a una ganancia de salud para sí mismo.

2. La perspectiva “personal socialmente inclusiva”, que opera cuando se le pide que asigne valor a una ganancia de salud para un conjunto de personas entre las que se cuenta el propio sujeto.

3. La perspectiva “social”, que surge cuando se pide al individuo que asigne valor a una ganancia de salud para otros. Esta perspectiva puede, a su vez, motivarse de dos maneras distintas, según se demande al sujeto que asuma el rol de un decisor o “planificador social” (p.ej. el Ministro de Sanidad), o bien el papel de un “evaluador” (p.ej. un experto) que ha de pronunciarse sobre la idoneidad de la decisión adoptada por el planificador⁷.

A fin de distinguir entre la utilidad individual sólo motivada por el propio bienestar y la utilidad individual motivada también por el bienestar de otros, Menzel (1999) denomina a esta última “función de bienestar social individual”. Esta función puede estar capturando preferencias estrictamente sociales (preferencia por otros) o, como el propio Menzel arguye, preferencias que concilian el interés propio y el interés por otros (preferencia personal socialmente inclusiva).

2.2. Enfoques para la medición del bienestar social: “bienestarismo”, “extra-bienestarismo” y “comunitarismo”

Una vez clarificado el amplio espectro de acepciones que puede contener el significativo utilidad individual, también podemos identificar distintos enfoques sobre el significado y medición del bienestar social en el contexto de la salud.

Para empezar, Dolan (1998) justifica la utilización del término “función de bienestar social relacionada con la salud” para ser congruente con el espacio (utilidades individuales relacionadas con la salud) sobre el que se define el bienestar social. Posteriormente⁸, empleará el mismo término para designar una función de bienestar social (FBS) no construida sobre un espacio de utilidades, sino de ganancias de salud (p.ej. esperanza de vida). Esta distinción entre un espacio de utilidades y un espacio de objetos, permite diferenciar entre dos primeras perspectivas para la medición del valor social: la *bienestarista* y la *extra-bienestarista*.

⁶ Dolan et al. (2003).

⁷ Hasta donde sabemos, el único estudio publicado que explora el alcance de esta perspectiva es el de Schwappach (2005).

⁸ Dolan et al. (2002).

El primer enfoque –el *bienestarista*– sustenta el bienestar social en la agregación de los bienestar individuales. Sin ir más lejos, esta perspectiva es la que subyace a la regla de maximización de los AVAC predominante en el ámbito del llamado Análisis Coste-Utilidad⁹. En concreto, dicha regla de maximización¹⁰ es un caso particular del amplio conjunto de FBS bienestaristas, llamado “utilitarismo”. El AVAC-utilitarismo se caracteriza por primar únicamente la eficiencia (“maximizar el bienestar derivado de las ganancias de salud”), con independencia de la equidad (“cómo se distribuyen dichas ganancias de salud entre los individuos”). En otras palabras, la regla utilitarista no admite la existencia de intereses supra-individuales, sino que el bienestar social reposa exclusivamente sobre las preferencias personales, siendo pues, la forma genérica de la FBS la siguiente:

$$\text{FBS utilitarista} = \sum_i q_i$$

donde q_i es el número de AVAC que corresponden al individuo i . En el epígrafe siguiente se considera la inclusión de las cuestiones de equidad en el enfoque bienestarista, lo que da lugar a varias posibles FBS alternativas a la utilitarista.

Por oposición a la óptica bienestarista, en la que los elementos del bien común son utilidades individuales (personales y/o sociales), se perfila en la literatura una corriente extra-bienestarista inspirada en la teoría seniana¹¹ de las “capacidades (*capabilities*) básicas”. Este enfoque propugna que lo que ha de ser objeto de atención al evaluar un tratamiento no es la utilidad que reporta a los pacientes, sino la mejora “objetiva” de su salud. Esto es así porque la salud es uno de los determinantes más sobresalientes del conjunto de capacidades del individuo¹². En consecuencia, hay autores que proponen reinterpretar el AVAC como un “índice cardinal e interpersonalmente comparable del conjunto de capacidades del individuo”¹³. Dolan et al. (2002) basándose en los mismos fundamentos, estiman la forma de una FBS definida no sobre utilidades, sino sobre diferentes niveles de salud experimentados por diferentes grupos, cuya forma genérica sería la siguiente:

⁹ Los AVAC en su expresión más simple son el producto del tiempo de vida y la utilidad extraída del estado de salud en que se experimenta dicho periodo de tiempo. El Análisis Coste-Utilidad compara el coste de un tratamiento con el número de AVAC que genera.

¹⁰ Hay que asignar los recursos limitados de forma que se haga lo mayor posible el número de AVAC generado por los programas sanitarios objeto de evaluación.

¹¹ Sen (1985).

¹² Sen (1992) distingue entre “capacidades” y “funcionamientos”. El horizonte de capacidades de una persona define su libertad para elegir qué proyectos valiosos puede llevar a término (funcionamientos).

¹³ Cookson (2005a: p. 817). Véase también Cookson (2005b), Anand (2005).

$$\text{FBS extra-bienestarista} = \sum_i w_i t_i$$

donde t_i es la esperanza de vida del individuo i (o cualquier otro indicador objetivo de necesidad).

Además de los dos enfoques descritos –bienestarismo y extra-bienestarismo–, aún podría identificarse un tercero, cuya principal singularidad radica en que, a diferencia de los dos anteriores, no concibe el bienestar social como una “suma de partes”, sino como el bienestar de la sociedad o comunidad considerada como un todo¹⁴. Por analogía a la clasificación que establecíamos para separar las diferentes fuentes de utilidad individual, ahora podría invocarse una perspectiva “*comunitarista*”, sustentada en el principio de autonomía social en lugar del ejercicio del individualismo como medio para evaluar las ganancias de salud y su distribución entre la población. Los métodos que posibilitan la adopción de la mencionada perspectiva *comunitarista* serían instrumentos cualitativos como los jurados de ciudadanos o los grupos focales. Procedimientos ambos caracterizados por tener un componente deliberativo y perseguir la finalidad de alcanzar un consenso.

2.3. El enfoque bienestarista y el intercambio eficiencia-equidad en las ganancias de salud

2.3.1. Preferencias por la distribución de las ganancias de salud

El fundamento del enfoque bienestarista es, como se ha dicho, la identificación del bienestar social con la agregación de los individuales. Sin embargo, de ello no cabe deducir que la única agregación posible sea la que se asocia al AVAC-utilitarismo. Como han puesto de manifiesto varios estudios¹⁵, parece que cuando los sujetos son instados a elegir entre distintas asignaciones de salud no tienen en cuenta únicamente la suma total de AVAC sino también el grado de equidad en su distribución. El fenómeno en virtud del cual los individuos están dispuestos a asumir una cierta pérdida de eficiencia a cambio de una mayor justicia en la distribución de las ganancias de salud recibe la denominación de “intercambio equidad-eficiencia”.

Los argumentos vertidos en la literatura para justificar la existencia de un intercambio entre eficiencia y equidad son variados, si bien nos atrevemos a englobarlos

¹⁴ Cf. Mooney (1996), Money (1998), Mooney y Wiseman (1999), Mooney y Blackwell (2004).

¹⁵ Cf. Nord (1993), Johannesson y Gerdtham (1996), Dolan (1998), Abellán y Pinto (1999), Andersson y Lyttkens (1999), Bleichrodt et al. (2005).

en dos grandes grupos: los relativos a desigualdades en salud y los que atañen a desigualdades no relacionadas con la salud.

Las desigualdades de salud determinarían el grado de aversión a la desigualdad en la distribución de los niveles y ganancias de salud. Son varios los factores que pueden explicar esta aversión a la desigualdad, originando diferentes conceptos de equidad. Por ejemplo, Bleichrodt (1997) distingue entre la equidad *ex ante* y la equidad *ex post*. La primera incluye las consideraciones éticas del individuo acerca de la justicia del proceso de asignación de las ganancias de salud: una persona preocupada por la equidad *ex ante* elegiría aquel programa de salud que ofrece a priori la misma probabilidad a cualquier enfermo de recibir atención. La equidad *ex post*, sin embargo, implica la formulación de juicios acerca de la equidad en la distribución de la salud a posteriori, una vez ya hay grupos de pacientes que necesitan recibir asistencia sanitaria.

Al describir la equidad *ex ante* y *ex post*, Bleichrodt plantea el caso de individuos que, partiendo de una dotación dada de AVAC, pueden ver alterada dicha dotación inicial merced a las asignaciones que proporcionan los programas de salud. Este planteamiento asume implícitamente que las consideraciones distributivas del decisor pueden verse motivadas por los siguientes factores:

- o El estado previo a la asignación (la gravedad inicial).
- o El estado posterior a la asignación (el resultado final).
- o La ganancia misma de salud (el tamaño del beneficio).

Un ejemplo contribuirá a ilustrar la forma en que cada uno de los elementos anteriores puede influir en los juicios sobre el bienestar social de la asignación. Supongamos dos individuos, A y B, cuya dotación inicial de AVAC es (3, 1), es decir, el individuo A tiene 3 AVAC y el individuo B tiene 1 AVAC.¹⁶ Supongamos entonces que hay un programa sanitario que puede proporcionar 2 AVAC extra. El decisor puede estar preocupado por la gravedad inicial del individuo B (sólo tiene 1 AVAC) y entonces tendería a darle los 2 AVAC extra a dicho individuo. Esta preocupación por el peor posicionado en la sociedad (en esta ocasión atendiendo exclusivamente a la salud) se recoge en la idea de justicia como “equidad rawlsiana”¹⁷. Nord et al. (1999) califican este argumento para la equidad como el “argumento de gravedad”. Hay diversos estudios¹⁸ que han evidenciado la predisposición de la gente a sacrificar ganancias de salud a cambio de dar prioridad a los más graves.

¹⁶ La interpretación de estas “dotaciones” de AVAC sería la siguiente: el individuo A tiene una esperanza de vida asociada a una cierta calidad de vida que es “equivalente” a 3 años de vida en perfecta salud, mientras que el individuo B se enfrenta a un perfil de salud futuro que “equivale” a 1 año de vida con perfecta salud.

¹⁷ Rawls (1971).

¹⁸ Cf. Nord (1993), Ubel et al. (1998), Dolan (1998), Cookson y Dolan (1999), Ubel et al (1999).

Sin embargo, el decisor también puede estar preocupado por el tamaño del beneficio que puede proporcionar el programa sanitario. Supongamos que juzga que una ganancia de 2 AVAC es lo suficientemente importante como para no discriminar al individuo B respecto del A, tendiendo entonces a dispersar el beneficio antes que a concentrarlo. Este tipo de preferencias también han sido verificadas en la práctica¹⁹, siempre, eso sí, que la ganancia alcance un tamaño tal que rebase el umbral mínimo por debajo del cual sería considerada tan pequeña como para merecer la pena su dispersión entre los posibles beneficiarios²⁰.

Por último, también es posible que el decisor se muestre interesado por el nivel final de salud que alcanzarían los sujetos, una vez llevada a cabo la asignación. Desde este punto de vista, podría juzgarse que un nivel final de 3 AVAC es razonable, de forma que, de nuevo, el individuo B recibiría los 2 AVAC extra. Hay evidencia empírica²¹ que sugiere que el estado de salud después del tratamiento puede ser una razón para la discriminación, sobre todo en aquellos casos en que la expectativa de mejoría tras el tratamiento es muy reducida.

Hay autores que han postulado otro tipo de razones ajenas al estado de salud de las personas como fundamento normativo para ponderar los AVAC o en general las ganancias de salud de los individuos. Uno de los argumentos más conocidos es el de los *fair-innings* de Williams (1997), según el cual es ético identificar una suma esperada de AVAC para cada persona, de modo que lo justo es dar prioridad a aquellos individuos que pueden quedarse por debajo de dicho umbral respecto de aquellos otros que ya lo han rebasado. Con carácter general Williams cifra dicha suma justa en 70 AVAC. En esta línea, Johanneson (2001) propone calcular “AVAC ponderados por la equidad” de forma que variaciones relativas en el número de AVAC de una persona reciban el mismo peso para todos aquellos individuos de la misma edad y sexo.

Otras razones que podrían hacer que la salud de un individuo “ponderase” más o menos en relación a la salud de otros individuos, serían el grado de responsabilidad personal en su estado presente de salud (las causas para la necesidad de tratamiento; p.ej. si ha sido fumador o no), así como las consecuencias no directamente relacionadas con la salud que puede acarrear el tratamiento. Podemos incluir aquí un lote muy variopinto de consideraciones que podrían abarcar desde el afán por discriminar positivamente en razón de la clase social, la raza o la existencia de personas dependientes del enfermo²².

¹⁹ Cf. Abellán y Pinto (1999).

²⁰ La constatación de este tipo de “efectos umbral” se ha documentado en algunos estudios como el de Olsen (1994) o el de Rodríguez y Pinto (2002).

²¹ Cf. Nord (1993), Abellán y Pinto (1999).

²² Cf. Mooney (1996), Dolan et al. (1999), Furnham et al. (2000), Dolan y Tsuchiya (2003).

2.3.2. Aproximaciones a la medición del intercambio equidad-eficiencia

Una vez examinadas las diferentes variables que pueden contribuir a forjar los juicios distributivos del individuo, cabe diferenciar dentro del enfoque bienestarista dos aproximaciones a la medición del intercambio equidad-eficiencia. De un lado, tendríamos el enfoque que podríamos identificar como “enfoque de la Función de Bienestar Social (FBS)”, y de otro el que Nord y otros²³ han calificado como “enfoque comprensivo”. Ambas perspectivas surgen como rechazo a la regla AVAC utilitarista.

En el enfoque bienestarista de la FBS se propone incorporar el intercambio equidad-eficiencia por medio de la estimación empírica de “pesos de equidad” (*equity-weights*). Estos pesos de equidad recogerían múltiples tipos de consideraciones distributivas mediante la incorporación de dos parámetros: la aversión a la desigualdad en el reparto de las ganancias de salud (p.ej. la preferencia por beneficiar al más grave); y la importancia relativa asignada a unos individuos frente a otros atendiendo a factores distintos a la salud (p.ej. la responsabilidad de encontrarse en esa situación).

El parámetro de aversión a la desigualdad determina la forma de la FBS. En el caso del AVAC-utilitarismo las curvas de indiferencia social (o de “iso-bienestar”) son líneas rectas, de forma que no hay intercambio entre eficiencia y equidad. Curvas convexas indicarían, por el contrario, aversión a la desigualdad, de modo que la relación marginal de sustitución entre la utilidad de los individuos con mejor y peor salud es decreciente. En el extremo tendríamos la FBS rawlsiana, correspondiente a la regla “maximín” de acuerdo a la cual sólo se pondrá en práctica un programa sanitario si favorece la salud del individuo más grave.

El parámetro que determina el peso relativo que recibe la salud de los individuos, indicaría la curvatura de la FBS, denotando que la identidad de aquellos es importante para realizar las asignaciones. Este principio sería contradictorio con el supuesto de “anonimidad” que rige en el modelo AVAC-utilitarista, según el cual “1 AVAC es 1 AVAC no importa quien lo gane”.

Dolan (1998) resume el procedimiento en dos fases que seguiría este “enfoque de la FBS” para medir el valor social de las ganancias de salud. En una primera fase, se mediría la utilidad individual (personal) empleando métodos de obtención de preferencias habituales como la “lotería estándar” (*standard gamble*) o el “intercambio de tiempos” (*time trade-off*)²⁴. En una segunda fase se determinaría la forma de la FBS mediante la estimación de sus parámetros. Como es fácil advertir, esta

²³ Cf. Nord (1993, 1999), Nord et al. (1999).

²⁴ La lotería estándar se describe en la sección 4. Una revisión detallada de los dos métodos puede encontrarse en Drummond et al. (2005).

propuesta básicamente consiste en separar las preferencias personales (eficiencia) de las preferencias sociales (equidad). Así, podemos identificar tres tipos de FBS que se han intentado estimar empíricamente en la literatura.

$$1. \text{ FBS utilitarista} = \sum_i q_i$$

$$2. \text{ FBS lineal ponderada}^{25} = \sum_i w_i q_i$$

$$3. \text{ FBS no lineal ponderada}^{26} = \sum_i w_i U(q_i)$$

donde q_i es el número de AVAC que corresponden al individuo i ; w_i es el peso de equidad del individuo i ; y $U(\cdot)$ es la “función de utilidad social individual” asociada a q_i .

Las tres FBS tienen en común que las distribuciones de AVAC podrían ser el resultado de la primera etapa que sugería Dolan (1998), esto es, la medición de la utilidad personal. Las FBS 2 y 3 se diferencian del AVAC-utilitarismo en que incorporan los pesos de equidad. Para estimar dichos pesos se ha recurrido en la práctica a dos estrategias:

o Pedir al encuestado que adopte el papel de un decisor social (p.ej. el responsable de un centro sanitario) o apelar a su opinión como ciudadano sobre ganancias de salud alternativas que poseen consecuencias distributivas diferentes para otros desde una posición *ex post*²⁷.

o Pedir al encuestado que juzgue la idoneidad de distribuciones alternativas para un grupo de personas entre las que se puede encontrar él mismo desde una posición *ex ante*²⁸.

Mientras que la primera estrategia de medición pretende segregar las preferencias sociales de las personales haciendo que el decisor sólo piense en lo que es mejor para otros, la segunda estrategia recurre a la idea del “velo de la ignorancia” para intentar conseguir el mismo efecto²⁹: el individuo, puesto tras el velo de la ignorancia,

²⁵ Esta formulación es sugerida, por ejemplo, por Bleichrodt (1997) o por Dolan (1998).

²⁶ Bleichrodt et al. (2005).

²⁷ Las investigaciones abordadas por Dolan (1998) y Bleichrodt et al. (2005) han seguido este enfoque.

²⁸ Los estudios que han seguido esta orientación han sido los de Johannesson y Gerdtham (1996) y Andersson y Lyttkens (1999). Por último Cuadras et al. (2001) utilizan un enfoque de teoría de juegos basado en la negociación.

²⁹ Harsanyi (1955), Rawls (1971).

será imparcial ya que desconoce cuál será su suerte una vez haya elegido entre los tratamientos disponibles. Es preciso enfatizar que en este último caso se espera que el sujeto anteponga sus preferencias sociales a sus preferencias personales porque el procedimiento seguido para tomar las decisiones es un procedimiento justo.

Así pues, en teoría, podrían alcanzarse los mismos resultados, bien recurriendo al rol del decisor social, bien al velo de la ignorancia. Dolan y Cookson (2000) verifican esta conclusión, en la medida en que en su estudio no observaron diferencias entre los juicios formulados bajo un rol y otro. No obstante, resulta curioso señalar cómo otras investigaciones han encontrado que, paradójicamente, un procedimiento inicialmente ideado para postergar el interés propio en la toma de decisiones sociales puede llegar a producir valoraciones consistentes con la maximización de las preferencias personales. Richardson y Nord (1997) aplican una especie de velo de la ignorancia, invitando explícitamente al encuestado a que piense no sólo en lo que es mejor para otros, sino también para sí mismo, hallando que los valores resultantes parecen responder a una actitud de aversión al riesgo. Pinto y Abellán (2005) encuentran que los valores obtenidos mediante la aplicación del velo de la ignorancia, sin pedir explícitamente al encuestado que piense en su propio interés, son indistinguibles de los hallados por medio de un método de medición de preferencias personales.

En nuestra opinión³⁰, lo que ponen de relieve estos resultados contradictorios es que, puesto que la perspectiva invocada en el velo de la ignorancia es la personal socialmente inclusiva (asignar valor a una ganancia de salud que afecta a otros y a uno mismo), dependerá de la formulación o *framing* específico elegido el que prevalezcan las preferencias sociales sobre las personales, o viceversa. Incluso es posible lograr en potencia que las valoraciones resultantes combinen ambos tipos de preferencias.

Por último, conviene precisar la diferencia existente entre las FBS 2 y 3: mientras la distribución de AVAC es tratada linealmente en la primera, en la segunda se admite un tratamiento no lineal. Bleichrodt et al. (2005) introducen este tratamiento no lineal para evitar que lo que Olsen (2000) denomina preferencias “puras” por la equidad puedan confundirse con la valoración social decreciente que el decisor puede atribuir a las ganancias incrementales de salud. Por ejemplo, un decisor social puede considerar que la diferencia existente entre recibir 80 y recibir 90 AVAC es menor que la que hay entre recibir 50 y recibir 60 AVAC, no porque prefiera repartir las ganancias entre más personas, sino porque el valor conferido a AVAC adicionales decrece con su suma total.

El enfoque alternativo a éste de la FBS es el denominado “enfoque comprensivo”, que tiene su origen en la invocación de Nord (1994) conocida como “equilibrio reflexivo”. Este principio postula que si las utilidades individuales de los estados de salud son usadas para establecer prioridades entre programas sanitarios

³⁰ Nord (2002) es el primero que conocamos que subraya esta cuestión.

alternativos, entonces habría que preguntar a los encuestados de quienes se han obtenido las utilidades si están conformes con el resultado social de tal ordenación. El modo de verificar el equilibrio reflexivo es, a juicio de Nord, emplear el método del “intercambio de personas”, el cual permitiría valorar las preferencias sociales del individuo. Este método sitúa al encuestado en el papel de un decisor que elige para otros (perspectiva social), comparando un número pequeño de personas que reciben un beneficio grande de salud con otro número mayor de personas que reciben un beneficio pequeño. Este intercambio entre beneficio y número de personas tratadas permitiría capturar la disyuntiva entre eficiencia y equidad. En suma, lo que Nord propone es que si las utilidades individuales se van a utilizar para distribuir recursos sanitarios, entonces debe utilizarse un método susceptible de medir el valor social, y el “intercambio de personas” lo es.

La propuesta de Nord ha sido criticada, entre otros, por Dolan (1998), quien pese a estar conforme con el rechazo de Nord al AVAC-utilitarismo, considera problemática su propuesta de utilizar el intercambio de personas como método para medir “funciones de bienestar social individual”. La razón estriba, según Dolan, en el hecho de que el encuestado ha de prestar atención a muchas dimensiones al mismo tiempo: el estado de salud previo, el estado de salud final, la ganancia de salud y el número de personas. En su lugar, como ya hemos expuesto, Dolan propone construir una FBS relacionada con la salud que separe la eficiencia de la equidad.

Quizá motivados por estas críticas, Nord et al. (1999) proponen una FBS multiplicativa en la que se utiliza el intercambio de personas para estimar dos tipos de pesos de equidad: el “peso de gravedad” y el “peso de potencial de mejora”. Estos pesos se combinarían luego multiplicativamente con las utilidades individuales medidas con la “lotería estándar” o el “intercambio de tiempos”. De esta forma, la eficiencia se recogería mediante las utilidades individuales y los pesos mencionados darían cuenta de dos tipos de consideraciones distributivas: la gravedad previa y la capacidad para beneficiarse del tratamiento.

3. BALANCE DESCRIPTIVO Y NORMATIVO DE LOS ENFOQUES REVISADOS

Una vez identificados los diferentes enfoques que se han propuesto en la literatura para medir el valor social, resulta necesario preguntarse acerca de cuál de ellos es preferible. Los criterios que pueden seguirse para evaluar cada uno de los enfoques descritos pueden ser de dos tipos, no excluyentes entre sí: criterios descriptivos y criterios normativos.

Los primeros tienen que ver con la facilidad de poner en práctica el enfoque en cuestión (viabilidad), la fiabilidad de sus mediciones, así como la validez de las mismas. Son en definitiva criterios empíricos de gran importancia que determinan

que las preferencias de la población puedan ser o no medidas de una forma sencilla y precisa. Por ejemplo, un criterio descriptivo básico sería si los valores obtenidos para informar la toma de decisiones sociales de los recursos sanitarios son consistentes con las “verdaderas” preferencias de la población. Éste sería el test de consistencia al que, como ya hemos visto, Nord denomina “equilibrio reflexivo”.

Los criterios normativos, en cambio, remiten a la racionalidad y bondad ética del procedimiento. En nuestra opinión, llevan mucha razón Richardson y Olsen (2006: p.313) cuando a la pregunta sobre qué regla desearía adoptar una sociedad para priorizar servicios sanitarios en el marco de un Sistema Nacional de Salud, observan que “no hay ningún imperativo técnico que dicte una respuesta que implique la maximización del PIB, o del excedente del consumidor o la minimización de la ratio coste neto-AVAC. Tal respuesta impone una restricción inaceptable sobre la “soberanía social” – el derecho de una comunidad a adoptar los principios que prefiera para la asignación de los recursos sanitarios”. De hecho, tal y como hemos comprobado en las páginas precedentes, incluso dentro de una corriente bienestarista, la medición de la aversión a la desigualdad en el ámbito sanitario se ha caracterizado por no estar centrada en los valores personales, sino en las preferencias sobre la desigualdad que afecta a otras personas.

Comenzando por el último de los enfoques presentados (el comunitarista), su adopción como medio para incorporar las preferencias de los ciudadanos al proceso de asignación de recursos sanitarios plantea dos tipos de problemas:

1. Por un lado, si bien existen métodos cualitativos como los jurados de ciudadanos que responden a la filosofía que subyace a la perspectiva comunitaria, no cabe duda tampoco de que su utilización es materialmente costosa.

2. De otra parte, no deja de estar abierto a discusión si la perspectiva comunitaria, la cual pretende aproximar el bienestar de la sociedad como un todo, es coherente con el principio de libertad individual que impregna los usos y costumbres de las sociedades occidentales. Admitimos, no obstante, la soberanía de cualquier sociedad a decidir si el ejercicio de la autonomía colectiva es el enfoque más adecuado para decidir cómo deben asignarse los recursos sanitarios.

Creemos, sin embargo, que sobre todo el primero de los inconvenientes señalados –su coste– es un escollo importante para la utilización del enfoque comunitarista como medio habitual para conocer las preferencias de la población. Este inconveniente recuerda en cierto modo al dilema que se plantea en la medición de la utilidad de estados de salud, entre seguir un enfoque constructivista o corregir a posteriori las utilidades medidas con procedimientos corrientes como la lotería estándar. El enfoque constructivista de las preferencias afirma que no existe una “verdadera” preferencia por descubrir (salvo para algunos bienes con los que el individuo está familiarizado), sino que la misma se va construyendo a lo largo del proceso de medición. Por esta razón, argumentan los defensores de esta perspectiva, se observan empíricamente fenómenos como los “efectos formato” o los “efectos contexto”. El procedimiento

recomendado para evitar la contingencia de la utilidad finalmente obtenida al formato, el contexto o, incluso, el propio método de medición escogido, consiste en la interacción entre el analista y el cliente (p.ej. el paciente), de modo que éste sea apercebido de cuándo incurre en una inconsistencia, de manera que sea consciente de las implicaciones de sus respuestas. Sin duda este procedimiento sería el óptimo, pero por desgracia esto exige dedicar mucho tiempo y esfuerzo a cada medición.

En cuanto a la perspectiva extra-bienestarista, si bien es muy sugerente, haciendo de la libertad el eje crucial de la vida humana, el debate existente entre sus mismos valedores pone de manifiesto las enormes dificultades que, al menos hoy día, encuentra todavía la medición del conjunto de capacidades básicas. Por otra parte, no deja de ser hasta cierto punto difícil de admitir que métodos ideados para medir la utilidad individual, pasen a ser reinterpretados simplemente como métodos que asignan un valor numérico proporcional a la gravedad percibida del estado de salud, a semejanza de las escalas psicométricas de calidad de vida relacionada con la salud.

Parece, pues, que queda el enfoque bienestarista como candidato potencial a albergar la mejor opción para aproximar el bienestar social. Comenzando por los argumentos normativos, la revisión efectuada nos ha permitido distinguir dos tipos de fundamentos: las intuiciones éticas y el argumento contractualista.

Pondremos como ejemplo de lo que queremos decir por intuición ética el argumento de la realización del potencial de salud. Según este argumento, dados dos pacientes A y B, ambos al borde de la muerte, pero cada uno de ellos con diferente pronóstico tras recibir un trasplante, debería priorizarse el tratamiento del que posee mejor pronóstico (esto es, mayor capacidad para beneficiarse del trasplante). La razón es simple: privar al que más puede beneficiarse del trasplante, sobre todo si las diferencias en expectativa de vida de los dos individuos son grandes, puede intuirse en cierto modo como una forma de desaprovechar recursos (órganos) que son escasos. No obstante, beneficiar al paciente con mejor pronóstico porque el otro sólo pueda aprovechar menos tiempo o con peor calidad de vida el órgano trasplantado, puede a su vez intuirse como una discriminación intolerable. Williams (1997) tras sopesar los pros y contras de este dilema ético afirma que no hay una respuesta clara al mismo. De forma semejante, Walker y Siegel (2002) argumentan que no está clara la relación entre los valores sociales que desean incorporarse al Análisis Coste-Efectividad y los principios morales. De hecho, estos autores llegan a plantear la paradoja de que si algún principio moral llega a ser aceptado como criterio para incorporar las preferencias sociales a la asignación de los recursos sanitarios, entonces por qué no asignar directamente los recursos atendiendo a dicho principio moral, sin necesidad de utilizar como “intermediario” el valor social.

¿Puede encontrarse una justificación independiente de principios morales específicos? El argumento contractualista consiste precisamente en aplicar la idea del *contrato social* que subyace a las sociedades democráticas como fundamento normativo para la estimación del bienestar social. El contrato social simboliza la armonización de

intereses plurales, e incluso contrapuestos, que habitan en una sociedad. Para alcanzar el acuerdo entre dicha pluralidad de intereses se ha postulado el enfoque del velo de la ignorancia. Esta justificación contractualista –la gestión de pluralidad de intereses– creemos que es, pese a todos los problemas que puede suscitar, la mejor base para la medición del bienestar social. Además, el recurso del velo de la ignorancia, plantea la interesante cualidad de que –al menos en teoría– podría medirse el bienestar social en una sola etapa, en lugar de en dos como se desprende del enfoque bienestarista estándar. La clave para conseguir esto último radica, claro está, en que la formulación de las preguntas efectuadas tras el velo de la ignorancia logre combinar efectivamente la perspectiva personal y la perspectiva social.

4. UNA APROXIMACIÓN EMPÍRICA A LA MEDICIÓN DE PREFERENCIAS DE LOS CIUDADANOS SOBRE EL USO DE LOS RECURSOS SANITARIOS

4.1. Metodología

En esta sección 4 exponemos el diseño y resultados de un cuestionario piloto en el que hemos pretendido realizar un contraste preliminar de la capacidad del enfoque del “velo de la ignorancia” para desplegar una perspectiva personal socialmente inclusiva, con la finalidad fundamental de identificar los escollos de índole empírica que puede afrontar la tarea de recopilar preferencias a gran escala con esta metodología.

El estudio piloto ha consistido en la administración de un cuestionario a una muestra de 45 individuos adultos, seleccionados aleatoriamente de la población general del municipio de Murcia, repartidos en tres grupos³¹. Los cuestionarios de cada uno de los grupos tienen un diseño similar, aunque difieren en los estados de salud respecto de los que se valoran las preferencias por medio de cuatro métodos distintos. En concreto, y con el propósito de evitar la fatiga en el encuestado, cada grupo únicamente evaluó dos estados por método.

Tras una introducción en la que se sitúa al entrevistado frente al problema de la necesidad de asignar recursos escasos para la atención de problemas de salud de muy dispar condición y gravedad, se le presentan los cuatro estados de salud que se

³¹ Conviene precisar que, puesto que el objetivo principal del estudio piloto abordado era comprobar cuestiones generales tales como la verosimilitud de los escenarios hipotéticos planteados, así como verificar que el tiempo necesario para responder al cuestionario no fuese excesivo, no se establecieron criterios de representatividad por cuotas de edad. De hecho, lo más frecuente en la literatura que nos concierne resulta realizar los pre-tests con muestras de conveniencia (p.ej. estudiantes o profesores universitarios).

utilizan en el estudio en forma de tarjetas como la que se reproduce en la Figura 1. Para describir los estados de salud a los sujetos hemos recurrido al sistema multia-tributo *EuroQol* (EQ-5D), que caracteriza una situación como una combinación de 5 dimensiones y 3 niveles de gravedad. Así, por ejemplo, el estado de salud “12322”, que es el mostrado en la figura, denota que se tienen muchos problemas en una de las dimensiones (realización de actividades diarias), algunos problemas en otras tres (cuidado personal, dolor, y ansiedad/depresión) y ningún problema en la primera (movilidad).

Figura 1. Descripción del estado de salud Y (12322)

No tengo problemas para caminar	
Tengo <u>algunos</u> problemas para lavarme o vestirme solo	
Tengo <u>muchos</u> problemas para realizar mis actividades diarias (p.ej. Trabajar, estudiar, pasear ...)	
Tengo <u>moderado</u> dolor o malestar	
Estoy <u>moderadamente</u> ansioso o deprimido	

Se eligieron cuatro estados de salud que reflejasen un distinto nivel de gravedad y se etiquetaron como *Estado X* (11122), *Estado Y* (12322), *Estado W* (12222) y *Estado Z* (22322). La primera tarea que se requirió a los entrevistados fue que ordenasen estos cuatro estados de más a menos preferido, añadiendo a la ordenación la situación de muerte inminente (con la finalidad de permitir que el sujeto pudiese considerar un estado “peor que estar muerto”) así como el estado “33333” del sistema EQ-5D. Se identificaba así la peor situación imaginable para el sujeto (que podría ser o no la muerte) a fin de incluirla como extremo inferior en la escala visual analógica (EVA). La subsiguiente asignación de puntuaciones en la EVA, correspondiendo el valor 100 al estado de buena salud y el valor 0 a la situación postergada al último lugar en la ordenación nos proporciona una primera aproximación a las preferencias (en este caso, estrictamente individuales) en relación con los estados de salud escogidos.

La medida de las preferencias individuales o personales se abordó recurriendo al método de la “lotería estándar” (LE). En este método se enfrenta al entrevistado con un problema de salud asociado a los síntomas de uno de los estados que se pretenden valorar (X, Y, W o Z) ante el que caben dos alternativas: una le abocaría a permanecer en dicho estado de forma crónica, y la otra podría depararle bien un futuro con buena salud o bien la muerte, con una cierta distribución de probabilidad.

Las probabilidades asociadas a los sucesos que componen la opción no segura (recuperar la salud o morir de forma inmediata) se modifican hasta que el sujeto se muestra indiferente entre arriesgarse a esta posibilidad o permanecer en el estado de salud crónico, derivándose la utilidad del estado de salud de la distribución de probabilidad que consigue la indiferencia. Si bien todos los sujetos respondieron a preguntas de este tipo, los estados W y Z sólo se valoraron en los grupos 1 y 3, y los estados X e Y en el grupo 2.

Las preferencias sociales se tratan de obtener mediante el método de intercambio de personas (IP) que, en su formulación clásica, se incluye en los cuestionarios administrados al grupo 1 (para los estados X e Y) y al grupo 2 (estados W y Z). Se asume que con este método se obtienen valoraciones estrictamente “sociales” de los estados de salud (preferencias éticas o altruistas), debido a que la tarea que se propone al entrevistado consiste en decidir “para otros”; por esta razón nos referimos a este método como “IP social”. Se enfrenta al sujeto con una situación hipotética en la que él/ella es responsable de gestionar los recursos sanitarios para una población y ha de elegir entre dos programas, uno de los cuales salva a un cierto número de pacientes de padecer un estado crónico de salud, mientras que el otro evita la muerte de otra cierta cantidad de personas.

Por último, para la obtención de las preferencias “mixtas”, esto es, las que conjugan la perspectiva individual con la social o altruista, se probaron dos estrategias diferentes: una versión modificada del método de intercambio de personas y un enfoque tipo “velo de la ignorancia”. En el primer caso, que denominamos “IP mixto”, se asume el planteamiento clásico del IP (programas excluyentes que benefician a diferentes grupos de personas), con el matiz de que el sujeto entrevistado, es decir, el decisor, podría verse afectado por su elección, habida cuenta de que él mismo forma parte de la comunidad destinataria de los programas de salud (el sujeto sabe que puede verse afectado, pero no tiene certeza al respecto). De este modo, según sugiere Nord (2002), se espera que a la hora de valorar los beneficios en salud, el sujeto desplace su centro de atención desde el extremo representado por la motivación social o altruista hacia el extremo presidido por la motivación individual o personal, acabando por situarse en un punto intermedio del continuo delimitado por ambos polos. Este método se aplicó a los mismos grupos y estados que el IP social (o clásico).

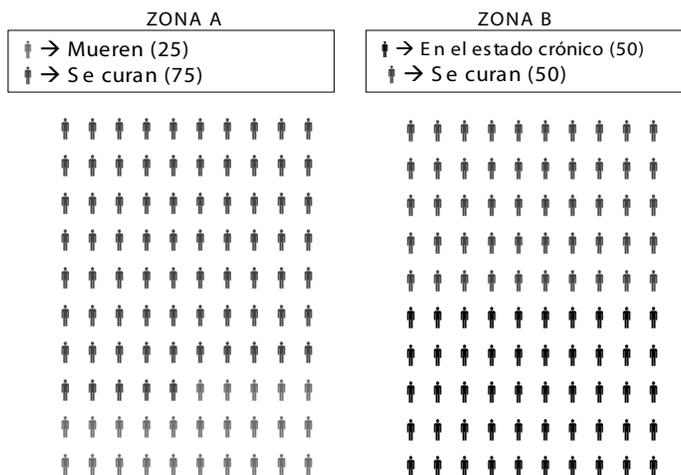
Por lo que se refiere al enfoque del “velo de la ignorancia”, las preguntas se formulan de la manera en que habitualmente se ha hecho en estudios previos que han asumido esta perspectiva³², esto es: “*dada la distribución de la salud entre dos zonas/poblaciones, ¿a cuál de ellas le gustaría pertenecer (o a qué zona se trasladaría) si no supiese con certeza cuál sería su situación personal (enfermedad en un determinado estado de salud, muerte, o salud normal) en el seno de tales poblaciones?*”.

³² Pinto y Abellán (2005).

Explícitamente se le dijo al encuestado que supusiese que a priori existía la misma probabilidad de estar en cualquiera de las tres situaciones citadas. Este procedimiento se utilizó para valorar los estados W y Z en el grupo 3.

El cuestionario fue administrado en papel, en entrevistas personales en el domicilio de los encuestados, con una duración aproximada de entre 30 y 40 minutos. Existe evidencia acumulada en estudios empíricos previos (véase, por ejemplo, Abellán, 2005) en relación con la utilidad que tienen las ayudas visuales a la hora de proporcionar a la gente información sobre riesgos relativos asociados a la salud. Por esta razón en el diseño de nuestro estudio hemos recurrido a la elaboración de ayudas para cada uno de los métodos de obtención de preferencias, de manera que las preguntas de cada parte se ilustran con representaciones gráficas que contribuyen a poner en situación al entrevistado y ayudarle a entender mejor la magnitud de las probabilidades y frecuencias que se le muestran (Figura 2). Por lo que respecta al procedimiento seguido para obtener el valor asignado a cada estado de salud en los diferentes métodos ensayados, se ha optado por un sistema de *up-and-down*, en virtud del cual se van acotando las preferencias del entrevistado por arriba y por abajo hasta determinar un intervalo reducido de valores entre los que el sujeto duda si elegir una opción u otra. Existe evidencia empírica (Bostic et al., 1990) que avala la utilización de esta estrategia para que la precisión en la declaración de preferencias sea mayor.

Figura 2. Ayuda visual para el velo de la ignorancia



4.2. Resultados del estudio piloto.

Una vez expuesto de modo resumido el diseño del cuestionario y el modo en que fue administrado, pasamos a sintetizar los principales resultados del estudio piloto,

comenzando por los que se refieren a las preferencias de tipo ordinal. A este respecto, conviene subrayar que en la elección de los cuatro estados de salud deliberadamente se evitó cualquier posible ambigüedad, de modo que entre cualesquiera dos estados existiera dominancia estricta. Por esta razón, las ordenaciones que realizaron los sujetos responden a dicho criterio de dominancia y se repite en todos los casos la secuencia $X > W > Y > Z$. No obstante, la inclusión de la muerte en las ordenaciones ha permitido comprobar si alguno de los estados más graves se consideraba “peor que estar muerto”. Esto ha ocurrido con el estado Z (22322), en cinco casos, y con el estado Y (12322), en tres casos, lo cual supone un 11,1% y un 6,66%, respectivamente de los sujetos participantes. .

Por lo que respecta a la aplicación de los diferentes métodos de obtención de preferencias, los resultados sugieren que en esta fase piloto no es posible establecer comparaciones inter-grupos, como consecuencia muy probablemente de la heterogeneidad y falta de representatividad de las muestras, circunstancias asociadas, a su vez, a su reducido tamaño (15 sujetos). En este sentido apuntan los resultados del único de los métodos de valoración que es común a todos los estados en los tres cuestionarios: la escala visual analógica (EVA). Las utilidades medias asignadas a los estados de salud mediante la EVA son significativamente menores en el grupo 1 que en los otros dos.³³ No debemos olvidar en cualquier caso el carácter piloto del test, cuya principal virtualidad es la de detectar anticipadamente problemas atribuibles tanto al diseño de los cuestionarios como a la administración de éstos. Los problemas de heterogeneidad y falta de representatividad se obviarían con un tamaño muestral adecuado.

Tabla 1. Valores medios de los estados de salud obtenidos con la Escala Visual Analógica

	<i>Estados de salud</i>			
	X (11122)	W (12222)	Y (12322)	Z (22322)
Total (n=45)	0,8206	0,6114	0,4069	0,2431
Grupo 1 (n=15)	0,7668	0,5238	0,2797	0,1248
Grupo 2 (n=15)	0,8756	0,7124	0,5655	0,3753
Grupo 3 (n=15)	0,8195	0,5979	0,3755	0,2293

³³ Tratando de interpretar estas diferencias sobre la base de disparidades en las características objetivas de los sujetos que integran los diferentes grupos, identificamos la edad como un posible factor, por cuanto la edad media resultó ser sensiblemente inferior en el grupo 1 (36 años) que en el grupo 2 (44 años), y ligeramente menor en éste que en el grupo 3 (46 años). No obstante, existen sin duda otros factores no observados que abundan en la heterogeneidad de las muestras.

Los valores obtenidos con la lotería estándar (LE) son algo superiores a los que resultan de la EVA, lo cual está en línea con la evidencia empírica previa³⁴. Además, los sujetos han discriminado claramente entre estados de salud, de manera que las utilidades medidas con el método LE resultan ser significativamente distintas para el estado W (12222) y para el estado Z (22322) (0,82 y 0,60 respectivamente).

Por lo que respecta a los métodos de obtención de preferencias sociales (IP social) y mixtas o “personales socialmente inclusivas” (IP mixto y velo de la ignorancia), los resultados del pre-test confirman sólo parcialmente nuestra hipótesis inicial. De hecho, los valores obtenidos del intercambio de personas clásico y de su versión mixta no difieren significativamente cuando comparamos las respuestas dentro de un mismo grupo. Así, por ejemplo, en el grupo 1, las utilidades medias que resultan del método social y el mixto para el estado X son, respectivamente 0,84 y 0,80; para el estado Y son 0,49 y 0,45 (algo similar ocurre en el seno del grupo 2). Esto puede deberse a que no se hayan diferenciado suficientemente los escenarios, así como al hecho de que las preguntas encaminadas a obtener los valores de indiferencia fuesen esencialmente iguales, generando en el entrevistado la sensación de estar respondiendo a las mismas cuestiones.

Sin embargo, el formato que hemos denominado “velo de la ignorancia” (VEI), debido a que responde más ajustadamente a la formulación tradicional de este método, sí ha arrojado valores medios para los estados W y Z superiores a los de la LE (si bien la diferencia sólo es significativa en el primero de los casos). Si comparamos estos valores (obtenidos en el grupo 3) con los del IP del grupo 2, observamos que las utilidades que se derivan del VEI son inferiores a las del IP social. Con todas las cautelas impuestas por las limitaciones propias de un estudio piloto, esta sería una evidencia a favor de la hipótesis de que los métodos mixtos como el velo de la ignorancia miden preferencias mixtas (*Self&Other*), cuyos valores están entre los que reflejan preferencias personales (los obtenidos con la lotería estándar) y los que incorporan una perspectiva social, ética o altruista (los que se deducen del método del intercambio de personas).

5. CONCLUSIONES

En este artículo hemos revisado de forma sistemática los enfoques utilizados en la literatura para medir preferencias colectivas relacionadas con la salud. Se han identificado tres enfoques básicos: el bienestarista, el extra-bienestarista y el comunitarista. Producto del examen de los méritos descriptivos y normativos evidenciados por cada uno de ellos, hemos concluido que el balance actual, a falta de propuestas que hagan operativas algunas de las ideas de la óptica extra-bienestarista (medición

³⁴ Torrance et al. (2001).

del conjunto de capacidades básicas), es favorable a la corriente bienestarista. En concreto, y dentro de un enfoque bienestarista, hemos sugerido que las preferencias relacionadas con la salud que deberían medirse son aquellas que combinan egoísmo y altruismo (preferencias personales socialmente inclusivas), y que el mejor método disponible a primera vista para suscitar tales preferencias es la aplicación del “velo de la ignorancia” ideado por Harsanyi (1955) y por Rawls (1971).

De los resultados arrojados por el estudio piloto en el que hemos intentado verificar las potencialidades y debilidades del método apuntado, se desprenden a nuestro juicio tres implicaciones fundamentales que, como es lógico, no dejan de tener un carácter preliminar: En primer lugar, la gran similitud de los resultados hallados entre el intercambio de personas (IP) social y el IP mixto pueden poner de manifiesto un cierto “efecto formato”, que aconseja utilizar un formato más parecido al velo de la ignorancia utilizado por Pinto y Abellán (2005) antes que el IP *Self&Other* sugerido por Menzel (1999). Por otra parte, la obtención de valoraciones elevadas con las dos formulaciones del método IP puede encerrar el efecto de la denominada “Regla del Rescate”, fenómeno consistente en la tendencia a intentar salvar de la muerte a cualquier persona que se enfrente a ese trance al precio que sea. Utilizar una versión clásica del IP, en el sentido de que siempre había un grupo de personas al borde de la muerte, obliga a que, para alcanzar la indiferencia entre los dos grupos, el número de personas en trance de muerte sea muy pequeño. Por construcción, esto da lugar a un valor muy alto. En este sentido, pensamos que emplear un IP social en el que ambos grupos estén al borde de la muerte, puede posibilitar que la predisposición a preferir el grupo en trance de muerte se vea neutralizada. Finalmente, y pese a lo anterior, creemos que sería interesante mantener preguntas con la formulación tradicional, de forma que los valores finalmente hallados fuesen luego “corregidos” mediante la utilización de una forma paramétrica, de modo parecido a lo que proponen Salomón y Murray (2004). Este tipo de correcciones también podrían ser aplicadas al IP mixto y al velo de la ignorancia.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABELLAN PERPIÑAN, J.M. (2005) Datos ambiguos y comunicacion de riesgos, *Medical Economics*, 9, pp. 43—47.
- ABELLAN PERPIÑAN, J.M. Y PINTO PRADES, J.L. (1999) Health state after treatment: a reason for discrimination?, *Health Economics*, 8, pp. 701–707.
- ANAND, P. (2005) QALYs and capabilities: a comment on Cookson, *Health Economics*, 14, pp. 1283-1286.
- ANDERSSON, F. Y LYTTKENS, C.H. (1999) Preferences for equity in health behind a veil of ignorance, *Health Economics*, 8, pp. 369-378.

- BLEICHRODT, H. (1997) Health utility indices and equity considerations, *Journal of Health Economics*, 16, pp. 65–91.
- BLEICHRODT, H., DOCTOR, J. Y STOLK, E. (2005) A nonparametric elicitation of the equity-efficiency trade-off in cost-utility analysis, *Journal of Health Economics*, 24, pp. 655-679.
- BOSTIC, R., HERRNSTEIN R. J., y LUCE, R.D. (1990) The Effect on the Preference Reversal of Using Choice Indifferences, *Journal of Economic Behaviour and Organization*, 13, pp. 193-212.
- COOKSON, R. (2005^a) QALYs and the capability approach, *Health Economics*, 14, pp. 817-829.
- COOKSON, R. (2005^b) QALYs and the capability approach: a response to Anand, *Health Economics*, 14, pp. 1287-1289.
- COOKSON, R. y DOLAN, P. (1999) Public views on health care rationing: a group discussion study, *Health Policy*, 49, pp. 63–74.
- COSTA-FONT, J. (2003) Establecimiento de prioridades, participación colectiva y decisión pública en sanidad, *Información Comercial Española Revista de Economía*, 804, pp. 141-155.
- CUADRAS-MORATO, X., PINTO PRADES, J.L. y ABELLAN PERPIÑAN, J.M. (2001) Equity considerations in health care: the relevance of claims, *Health Economics*, 10, pp. 187–205.
- DOLAN, P. (1998) The measurement of individual utility and social welfare, *Journal of Health Economics*, 17, pp. 39-52.
- DOLAN, P., COOKSON, R. y FERGUSON, B. (1999) Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: focus group study, *British Medical Journal*, 318, pp. 916-919.
- DOLAN, P. y COOKSON, R. (2000) A Qualitative Study of The Extent to which Health Gain Matters When Choosing Between Groups of Patients, *Health Policy*, 51(1), pp. 19-30.
- DOLAN, P., TSUCHIYA, A., SMITH, P., SHAW, P. y WILLIAMS, A. (2002) Determining the parameters in a social welfare function using stated preferences data: an application to health, *Discussion Papers 02/2*, Sheffield Health Economics Group.
- DOLAN, P. y TSUCHIYA, A. (2003) The person trade off method and the transitivity principle: An example from preferences over age weighting, *Health Economics*, 12, pp.505-10.
- DOLAN, P., OLSEN, J.A. MENZEL, P. y RICHARDSON, J. (2003) An inquiry into the different perspectives that can be used when eliciting preferences in health, *Health Economics*; 12, pp. 545-551.
- DRUMMOND, M.F. SCULPHER, M.K., TORRANCE, G.W., O'BRIEN, B.J. Y STODDART, G.L. (2005). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. (New York, Oxford University Press)

- FURNHAM, A., SIMMONS, K., y MCCLELLAND, A. (2000) Decisions concerning the allocation of scarce medical resources, *Journal of Social Behavior and Personality*, 15, pp.185-200.
- HARSANYI, J. (1955). Cardinal welfare, individualistic ethics, and interpersonal comparisons of utility. *Journal of Political Economy*, 63, pp. 309-321.
- JOHANNESSON, M. (2001) Should we aggregate relative or absolute changes in QALYs?, *Health Economics*, 10, pp. 573-577.
- JOHANNESSON, M. y GERDTHAM, U.G. (1996) A note on the estimation of the equity-efficiency trade-off for QALYs, *Journal of Health Economics*, 15, pp. 359–368.
- MENZEL, P. (1999) How should what economist call 'social values' be measured, *Journal of Ethics*, 3, pp. 249-273.
- MOONEY, G. (1996) And Now for Vertical Equity? Some Concerns Arising from Aboriginal Health in Australia, *Health Economics*, 5, pp. 99–103.
- MOONEY, G. (1998) "Communitarian Claims" as an Ethical Basis for Allocating Health Care Resources, *Social Science and Medicine*, 47, pp. 1171–1180.
- MOONEY, G. y WISEMAN, V. (1999) A 'Constitution' for Health Services, *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(4), pp. 195–196.
- MOONEY, G. y BLACKWELL, S. (2004) Whose health service is it anyway? Community values in healthcare, *MJA*, 180, pp. 76-78.
- NORD, E. (1993) The relevance of health state after treatment in prioritizing between patients, *Journal of Medical Ethics*, 19, pp. 37-42.
- NORD, E. (1994) The QALY – A Measure of Social Value Rather Than Individual Utility?, *Health Economics*, 3, pp. 89-94.
- NORD, E. (1999) *Cost-Value Analysis in Health Care. Making Sense out of QALYs* (Cambridge, Cambridge University Press).
- NORD E. (2002) My goodness – and yours: a history, and some possible futures, of DALY meanings and valuation procedures, in: MURRAY, C.J.L., SALOMON, J.A., MATHERS, C.D. y LÓPEZ, A.D. (eds.) *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*. (Geneva, WHO).
- NORD, E., PINTO-PRADES, J.L., RICHARDSON, J., MENZEL, P. y UBEL, P. (1999) Incorporating societal concerns for fairness in numerical valuations of health programmes, *Health Economics*, 8, pp. 25-39.
- NORD, E., ARNESEN, T., MENZEL, P. y PINTO, J.L. (2001) Towards a more restricted use of the term 'Quality of life', *Quality of Life Newsletter*, 26, pp. 1-28
- OLSEN, J.A. (1994) Person vs years: two ways of eliciting implicit weights, *Health Economics*, 3, pp. 39-46.

- OLSEN, J.A. (2000) A note on eliciting distributive preferences for health, *Journal of Health Economics*, 19, pp. 541–550.
- PARKIN, D. y DEVLIN, N. (2006) Is there a case for using visual analogue scale valuations in Cost Utility Analysis?, *Health Economics*, 15, pp.653-664.
- PINTO-PRADES, J.L. y ABELLAN-PERPIÑAN, J.M. (2005) Measuring the health of populations: the veil of ignorance approach, *Health Economics*, 14, pp. 69-82.
- RAWLS, J. (1971). *A Theory of Justice*. (New York, Oxford University Press).
- RICHARDSON, J. y NORD, E. (1997) The importance of perspective in the measurement of quality-adjusted life years, *Medical Decision Making*,16, pp. 108-16.
- RICHARDSON, J. y OLSEN, J. (2006) In defence of societal sovereignty: a comment on Nyman 'the inclusion of survivor consumption in CUA', *Health Economics*,15, pp. 311-313.
- RODRIGUEZ-MIGUEZ, E. y PINTO-PRADES, J.L. (2002) Measuring the social importance of concentration or dispersion of individual health benefits, *Health Economics*,11, pp. 43–53.
- SALOMON, J.A. y MURRAY, C.J.L (2004) A multi-method approach to measuring health-state valuations, *Health Economics*, 13, pp. 281-290.
- SCHWAPPACH, D.L. (2005) Are preferences for Equality a matter of Framing, *Medical Decision Making*, 25, pp. 449-459.
- SEN, A.K. (1985). *Commodities and capabilities*. (Amsterdam, North-Holland).
- SEN, A.K. (1992) *Inequality re-examined* (New York, Oxford University Press)
- TORRANCE, G.W., FEENY, D. y FURLONG, W. (2001) Visual Analog Scales: do they have a role in the measurement of preferences for health states? *Medical Decision Making*, 21, pp. 329-334.
- UBEL, P.A., SPRANCA, M.D., DECAÍ, M.L., HERSHEY, J.C. y ASCH, D.A. (1998) Public preferences for prevention versus cure: what if an ounce of prevention is worth only an ounce of cure?, *Medical Decision Making*, 18, pp. 141-148.
- UBEL, P.A., BARON, J. y ASCH, D.A. (1999) Social responsibility, personal responsibility, and prognosis in public judgments about transplant allocation,*Bioethics*, 13, pp. 57–68.
- UBEL, P.A., BARON, J. y ASCH, D.A. (2001) Preference for equity as a framing effect, *Medical Decision Making*, 21, pp. 180–189.
- WAGSTAFF, A. (1991) QALYs and the equity-efficiency trade-off, *Journal of Health Economics*, 10, pp. 21-41.
- WALKER, R. y SIEGEL, A. (2002) Morality and the limits of societal values in health care allocation. *Health Economics*, 11, pp. 265-273.
- WILLIAMS, A. (1997) Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument, *Health Economics*, 6, pp. 117–132.