

Provisión de atención médica: ¿es el sector público éticamente superior al privado?¹

Julian Le Grand

Resumen

El debate vinculado a la relación público/privado en el NHS ha estado caracterizado en mayor medida por retórica ideológica que por un análisis razonado. Este artículo es un intento parcial de rectificar esta situación, focalizando en las cuestiones éticas involucradas. Despliega los argumentos vinculados a la provisión pública de atención médica en oposición a la provisión privada, diferenciado entre aquellos que

Palabras clave

Mix público/privado. Sector Público. Sector Privado, Ética. Altruismo. Egoísmo.

Key words

Public/private mix. Ethic. Public Sector. Private Sector. Altruism. Selfish

Introducción

En la última campaña electoral británica, el debate vinculado a la relación entre el *National Health Service* (NHS) y el sector de atención médica privado volvió a encenderse. Esto resultó estimulado por la divulgación, durante la campaña, de una versión borrador del informe final de la Comisión sobre Asociación Público Privado, una comisión (de la que fui miembro) establecida por el Instituto de Investigación en Política Pública. El Informe fue finalmente publicado un mes después de la elección (IPPR 2001) generando enorme cobertura en los medios y algunas respuestas en tono de vituperio.²

Pese al sonido y la furia, las recomendaciones de la Comisión con respecto a la atención médica privada y el

1. LSE, Documento de Discusión Número 1. Publicado por primera vez en noviembre 2001 por: *LSE Health and Social Care*. The London School of Economics and Political Science, Londres.

2. Ver, por ejemplo, Pollock et al., 2001.

abordan cuestiones de hecho y los que se ocupan de cuestiones de valor. Se argumenta que varios de los principios morales involucrados en las últimas pueden ser conflictivos entre sí; y por consiguiente, cualquier resolución del debate es probable que involucre la compensación de un principio en relación al otro. En particular, los decisores pueden tener que compensar las ventajas morales del altruismo propio del sector público frente a juicios morales igualmente válidos vinculados a los resultados de la atención médica y a una posible situación de explotación del proveedor público.

Abstract

The debate concerning public/private partnerships in the NHS has been characterized more by ideological rhetoric than by reasoned analysis. This paper is a partial attempt to rectify this situation, focusing on the ethical issues involved. It lays out the arguments concerning the public versus the private provision of health care, distinguishing between those addressing questions of fact and those dealing with questions of value. It argues that several of the moral principles involved in the latter may clash; and therefore any resolution of the debate is likely to involve trading-off one principle against another. In particular, policy-makers may have to trade-off the moral advantages of public sector altruism against equally valid moral claims relating to health care outcomes and to possible exploitation.

NHS fueron relativamente moderadas. Enfatizaron la importancia de la distinción entre el financiamiento público y la provisión pública de servicios públicos, y señalaron que un compromiso por el primero no implicaba un compromiso por la última. Fueron críticas en relación a las diferentes formas en las cuales el sector privado estaba involucrándose actualmente en la provisión de servicios de salud, especialmente a través de la Iniciativa de Financiamiento Privado. Señalaron que había poca consistencia en el modo en el cual el NHS utilizaba al sector privado para proporcionar atención médica, con una amplia incorporación de nursing homes y atención de salud mental, pero sin prácticamente ningún rol en la provisión de atención clínica de agudos. Argumentaron a favor de un enfoque más consistente, que incluiría una remoción de las barreras para la utilización del sector privado en la provisión de servicios clínicos. Finalmente, recomendaron una cuidadosa experimentación con la provisión del sector privado con ensayos cuidadosamente monitoreados y resultados adecuadamente evaluados.

Las singulares reacciones generadas por el Informe —especialmente las más hostiles— surgen en gran parte porque las cuestiones en juego eran percibidas no precisamente como técnicas, del tipo “lo mejor es lo que funciona”, sino involucrando valores y moralidad. Sin embargo, lo último no siempre se explicitó y, por consiguiente, no fue explorado en forma adecuada. Aquí el debate incorporó muchos argumentos similares de privado vs. público, en los que las cuestiones de valor son dejadas fuera bajo la apariencia de una disputa técnica vinculada a diferentes tipos de falla de mercado y de Estado.

Este artículo es intento de abordar directamente algunas de esas preocupaciones sobre valores. Comienza con una exposición de los argumentos adelantados en relación a la provisión pública y privada de atención médica desde ambos lados, diferenciando entre aquellos que tratan con cuestiones de valor y

aquellos que tratan cuestiones de hecho. Luego presenta aquellos argumentos sobre las cuestiones de valor como más importantes para el análisis crítico. Hay unas breves palabras finales.

Provisión privada versus provisión pública

Comencemos con los argumentos contra la provisión pública. A menudo se afirma que los proveedores de atención médica públicos son ineficientes y lentos para adoptar innovaciones tecnológicas. No son sensibles a las necesidades y deseos de los pacientes, mostrando más preocupación por el bienestar de aquellos que trabajan en ellos que por el de aquellos que utilizan sus servicios. Tienen poco incentivo para cambiar, prefiriendo mantenerse con patrones de trabajo largamente establecidos, particularmente si en ese sentido se orientan los intereses de los profesionales y otros trabajadores involucrados.

En contraste, como argumentarían los defensores de la provisión privada, los proveedores de este sector, ansiosos por maximizar sus beneficios, son rápidos para eliminar despilfarro, para adoptar nuevas tecnologías y prácticas de trabajo, especialmente si las consideran lucrativas, y para complacer a sus clientes, en el caso de que pierdan su negocio.

En conjunto, las cuestiones de valor no son abordadas directamente en estos argumentos, excepto en un sentido importante. Este es que la mayor eficiencia, innovación y sensibilidad son consideradas cosas buenas para la promoción de bienestar social. Por consiguiente constituyen criterios apropiados contra los cuales juzgar diferentes formas de organización de atención médica. En este nivel el argumento es enteramente instrumental: es decir, se trata de intentar establecer si la provisión pública o la privada es el mejor instrumento para alcanzar estos fines sociales deseables.

El caso contra la provisión privada tiene aspectos instrumentales asimismo, pero también tiene otra dimensión, más intrínseca. Para ver esto es necesario examinarlo en más detalle.

Fundamentalmente, está basado en una combinación de proposiciones empíricas y de valor. Primero, existe el juicio de valor relativo a que las motivaciones altruistas son intrínsecamente superiores en sentido moral a las auto-interesadas. Se juzga moralmente mejor trabajar con el objetivo de intentar mejorar la suerte de los otros que trabajar solamente en el interés propio. Segundo, existe la proposición empírica relativa a que la principal motivación del sector privado es auto-interesada, mientras la de aquellos que trabajan en el sector público es altruista.³ En otras palabras, a diferencia de los proveedores privados cuyo objetivo es simplemente maximizar ganancias, el objetivo de los proveedores públicos es ayudar a las personas a las que atienden. Esto sería parte del carácter diferenciador (*ethos*) del servicio público. Tomados en conjunto, esta combinación de juicios de valor y empíricos implica que la provisión privada es moralmente inferior a la provisión pública.

La tercera proposición se construye sobre las dos primeras. Sostiene que las acciones altruistas no son solo intrínsecamente superiores en lo moral, sino que —en oposición a los argumentos instrumentales del sector privado— es también más probable lleven a resultados superiores que las acciones auto interesadas —especialmente en el campo de la atención médica—. En particular, la atención médica proporcionada por un sistema que descansa ampliamente en acciones altruistas —sobre el *ethos* del servicio público— es probable que sea mayor en cantidad y de más alta calidad que la proporcionada por trabajadores motivados fundamentalmente por el interés particular.⁴

Richard Titmuss (1971/1997) fue uno de los más influyentes exponentes de este tipo de proposición, y los argumentos que refieren a cantidad y calidad pueden ser ilustrados en referencia a su famoso análisis de la donación de sangre en su último libro, *The Gift Relationship*. Titmuss argumentó que, si

3. Para discusión adicional de los supuestos vinculados a la motivación en el sector público y el impacto que han tenido sobre el diseño de política ver Le Grand (1997, 2000).

4. Se afirma a menudo que hay otros fines sociales que la provisión privada también puede comprometer. La equidad es particularmente vulnerable. En particular, bajo ciertos tipos de esquemas de pago, tales como un sistema uniforme de capitación, los proveedores tienen un incentivo para el descreme: esto es, seleccionar pacientes para tratamiento sobre la base de su menor costo para ser tratados antes que su necesidad. Por consiguiente el básico principio de equidad de igual tratamiento para igual necesidad resulta violado. Sin embargo, esto no es intrínseco a la provisión del sector privado; además, puede ser eliminado por un ajuste de riesgo adecuado en la fórmula de pago.

un sistema que descansa sobre dadores que dan voluntariamente sangre fuera reemplazado —o incluso solamente suplementado— con uno en el cual los dadores recibieran un pago, como algunos economistas han propuesto (Cooper y Culyer, 1968), la cantidad total ofrecida sería reducida, no aumentada como predijeron los economistas. Esto sucedería porque aquellos que previamente dieron su sangre voluntariamente sentirían que su donación es desvalorizada; por consiguiente serían más reacios a continuar dando y reducirían el monto que proporcionan. Aunque esto no es explícito en el argumento de Titmuss, la implicación es que esta reducción en la oferta superaría cualquier incremento generado por los incentivos de pago y por consiguiente la oferta total resultaría reducida.

Pero Titmuss fue más allá y argumentó que no solo la sangre ofrecida bajo un sistema de incentivos financieros sería inferior en términos de cantidad, sino también en términos de calidad. Bajo un sistema de pago los oferentes de sangre tienen un incentivo para ocultar cualquier aspecto de su historia de salud previa que pueda hacer que su sangre sea inadecuada para transfusión (tales como una contaminación con hepatitis B o, actualmente, Vih); ya que de ese modo no estarían en condiciones de obtener el pago. Esto significa una oposición total con la situación en la cual la sangre es libremente dada, ya que el principal motivo de los dadores es ayudar a los receptores; aquí, por consiguiente, el incentivo lleva a revelar cualquier antecedente de mala salud en el caso en que la donación de sangre pudiera perjudicar, en vez de ayudar. Por consiguiente la sangre provista a través de un sistema que descansa sobre la donación voluntaria es probable que sea de mejor calidad en promedio que la provista en un mercado.

¿Cómo puede trasladarse esto al debate más general referido a provisión pública versus provisión privada? Implica que, si los proveedores privados son remunerados para proveer aten-

ción médica en un sistema que anteriormente ofrecía atención médica a través de proveedores públicos, tanto la cantidad como la calidad de la atención médica disminuirán. Los proveedores públicos sentirán que su altruismo —su compromiso con el *ethos* del servicio público— ha sido objeto de explotación. En consecuencia, se prepararían solo para ofrecer menos servicios que anteriormente y la cantidad se vería reducida. Los compradores del Estado, carentes de la información adecuada o de los instrumentos de monitoreo, serían incapaces de impedir que los proveedores privados redujeran sus costos haciendo recortes en su provisión, de modo que también disminuiría la calidad.

Titmuss extendió su argumento desde la sangre para hacer una crítica moral de los incentivos de mercado y la provisión privada en general, argumentando que “el mercado privado en sangre, en hospitales con fines de lucro, en salas de cirugía, laboratorios y otros sectores de la vida social limita las respuestas y reduce las opciones para todos los hombres. Es responsabilidad del Estado... reducir o eliminar o controlar las coerciones de las fuerzas de mercado que colocan a los hombres en situaciones en las cuales tienen menos libertad o poca libertad para hacer opciones morales y conducirse de manera altruista si así lo desean” (1971/1997: 310).

En otras palabras, la provisión privada es a la vez *intrínseca e instrumentalmente* inferior a los métodos de provisión de servicios que se apoyan sobre motivaciones altruistas o profesionales, tales como la provisión pública. Esto es, son intrínseca y moralmente equivocados en sí mismos porque conducen a acciones auto interesadas que desplazan las acciones altruistas. Esto reduce el número y tipo de actos morales, y como una consecuencia de ello, la atención médica proporcionada será menos y de menor calidad. Por consiguiente, sigue el argumento, la provisión privada no tiene lugar en la provisión de atención médica.

Discusión

Hay muchas cuestiones aquí y no tengo espacio para tratar con todas. En cambio me concentraré en tres conjuntos de cuestiones planteadas, particularmente, por el caso contra la provisión privada. Las respuestas a tales cuestiones son críticas para los argumentos involucrados. Primero ¿es lógicamente posible separar altruismo de auto-interés? Si no es así, entonces ¿es posible decir que las acciones altruistas son en verdad intrínsecamente moralmente superiores a las fundadas en el interés propio? Segundo ¿es automáticamente cierto que el altruismo tiene mayor prevalencia en la provisión pública que en la privada? ¿el *ethos* de servicio público se encuentra solamente en el sector público? Es evidente que el supuesto de condición única del sector público es crucial para el caso contrario a la provisión privada; por consiguiente, si el sector público no tiene un monopolio sobre el altruismo o el *ethos* de servicio público, entonces la provisión pública no es necesariamente superior a la privada, ya sea intrínseca o instrumentalmente. Tercero, ¿qué sucede si estas proposiciones se sostienen —las motivaciones altruistas pueden ser separadas de auto interesadas, y son únicas del sector público— pero las comparaciones empíricas de desempeño favorecen efectivamente al sector privado? Supongamos que, pese a su estructura motivacional “inmoral” la provisión privada en la práctica resulta en mejor cantidad y calidad de atención médica que la provista por el sector público. ¿Debe pese a ello la política continuar descansando sobre la provisión pública por su moralidad intrínsecamente superior —pese a su inferioridad instrumental—?

¿Existe el verdadero altruismo?

Primero, la intrínseca superioridad moral del altruismo sobre el auto-interés. Este es un juicio de valor, y por consiguiente, no sometido a verificación empírica. Sin embargo, puede ser desafiado sobre bases lógicas. En particular, la validez de cualquier distin-

ción sustentables entre auto-interés y altruismo puede ser negada. Si algunos realizan un acto altruista por su propia libre voluntad, presumiblemente lo hacen porque quieren: es decir, está en su propio interés hacerlo. Por consiguiente incluso los actos altruistas son productos del auto-interés. No hay por consiguiente razón para elevarlos a un estatus moral más alto que aquellos en apariencia más directamente auto-interesados.

Esta línea de pensamiento tiene un pedigree histórico bien establecido. Thomas Hobbes argumentó que cada individuo es fundamentalmente egoísta incluso cuando se involucra en acciones aparentemente caritativas: “Ningún hombre da sino con la intención de un Bien para sí mismo, porque el Don es Voluntario, y el Objeto de todos los actos voluntarios es, para cada hombre, su propio Bien” (1651/1985, Cap. 15: 209).

Bernard Mandeville acordó: “el más humilde Hombre vivo debe confesar que la Recompensa de una Acción Virtuosa, que es la Satisfacción que conlleva, consiste en un cierto Placer que él se procura a sí mismo cuando Contempla su propio Mérito” (1714/1989: 92).

Sin embargo, hay también una historia de refutación. Otro filósofo de la Ilustración, Joseph Butler, reconoció que: “Cada afecto en particular, incluso el amor por nuestro prójimo, es realmente nuestro propio afecto, como amor a uno mismo... Según esta manera de hablar, ninguna criatura, cualquiera sea, puede actuar sino meramente por auto-amor...”.

Sin embargo llegó a argumentar que: “Pero este no es el lenguaje de la humanidad... Existe... una distinción entre el principio del auto-amor, o el deseo general de nuestra felicidad, como una parte de nuestra naturaleza, y un principio de acción; y los afectos particulares hacia objetos externos particulares, como otra parte de nuestra naturaleza y otro principio de acción (1997: 122-123).

Para ampliar el argumento de Bu-

ter: parece haber una distinción moral entre, por un lado, aquellos actos destinados a ser de beneficio directo para el propio bienestar material de los individuos, tales como su propio consumo personal de bienes materiales y, por el otro, aquellos actos realizados en beneficio de otros: es decir, actos que no incrementan necesariamente el propio bienestar del actor pero lo hacen indirectamente a través de su efecto positivo sobre otros. El hecho que ambos tipos de actos pueden ser “egoístas”, en el sentido que generan satisfacción u otro tipo de sentimiento positivo en el individuo involucrado, no afecta el hecho que uno puede ser juzgado moralmente superior al otro. Por consiguiente el juicio de valor relativo a que los actos altruistas son intrínsecamente superiores a los auto-interesados no puede ser refutado exitosamente sobre este tipo de bases.

Es importante observar que esto no establece por sí mismo que los actos altruistas son moralmente superiores a los auto-interesados en un sentido más general. Solamente indica que la motivación de un acto es uno de los factores que es necesario tener en cuenta para llegar al juicio general. Otros factores presumiblemente incluirían la cuestión empírica relativa a cuál de los actos involucrados efectivamente otorga el mayor bien a la otra persona. Un acto altruista que no tiene impacto sobre el bienestar de la persona que es el objeto de la preocupación altruista no es obviamente superior al acto auto-interesado que, como un subproducto, mejora dramáticamente el bienestar de la persona. La superioridad moral intrínseca no necesariamente significa superioridad moral en general. Este es un punto sobre el cual volveremos.

El *ethos* de servicio público

La segunda proposición se refería a que el juicio empírico de aquellos que trabajan en el sector privado están primariamente motivados por auto-interés, mientras el de aquellos que trabajan en el sector público están motivados fundamentalmente por altruismo. La difi-

cultad con esto, como con muchas de las afirmaciones empíricas que debemos abordar en este debate, es la falta de evidencia aplicable —y la a menudo contradictoria naturaleza de tal evidencia—, cuando está disponible.

Un estudio que apoya la proposición proviene de una reciente encuesta de los valores de gerentes del sector público y el privado realizado por Jane Steele, en la *Foundation for Public Management* (Steele, 1999). Dicho estudio involucró entrevistas en profundidad con 17 gerentes de nivel superior de los sectores público, privado y sin fines de lucro, seguidos por entrevistas telefónicas detalladas con otros 400. El estudio encontró considerable evidencia en relación a que las motivaciones de servicio público existían en el sector público y que eran mucho más marcadas que en el sector privado. Fuera de dieciséis objetivos personales posibles, el más frecuentemente señalado por los gerentes del sector público era proporcionar un servicio a la comunidad, mientras tal objetivo no aparecía entre los diez objetivos principales de los gerentes del sector privado. En contraste, para los gerentes del sector privado los dos objetivos (igualmente) más importantes fueron mejorar el desempeño financiero de la organización y lograr sus objetivos o metas. De estos, el primero no apareció entre los diez objetivos superiores de los gerentes del sector público, mientras el segundo apareció en sexto lugar. Además, estas diferencias no se vinculaban con edad o experiencia: no eran un rasgo exclusivo de las generaciones mayores.

Sin embargo, el estudio de Steele no compara las motivaciones del sector público y privado en la misma línea de negocios. Jeremy Kendall ha investigado las motivaciones de proveedores independientes (privados y voluntarios) de atención residencial y domiciliaria para personas ancianas (Kendall 2001). En 1997 entrevistó a 56 proveedores de atención residencial, formulando preguntas sobre sus principales motivos para dedicarse al negocio. De estos, el motivo más ampliamente citado fue satisfacer las necesidades de los

ancianos (80% entre los privados, 94% entre los voluntarios), mientras una proporción igualmente importante (88% en ambos) citó una o ambas de dos motivaciones altruistas diferentes: un sentimiento de deber y responsabilidad hacia el conjunto de la sociedad o similares sentimientos hacia una sección particular de la sociedad. Esto se compara con los números que expresan las preocupaciones más auto-interesadas de logro profesional (76% en privados, 75% en voluntarios) desarrollo de destrezas (64% en privados, 72% en voluntarios), un nivel satisfactorio de ingreso personal (60% en privados, 53% en voluntarios), y maximización de ingreso o beneficios (11% en privados, ninguno en voluntarios). Es de interés señalar que es solo con los dos últimos motivos, menos citados, que realmente comienzan a emerger diferencias significativas entre el sector privado y el voluntario.⁵

En 1999 Kendall y colegas (2001) formularon preguntas similares a 56 proveedores independientes de atención domiciliaria. En esta ocasión ellos estuvieron en condiciones de mostrar las prioridades otorgadas a diferentes motivaciones a la vez que las frecuencias con que eran citadas. De los que respondían, casi la mitad consideró como su motivación más importante los motivos altruistas de satisfacer las necesidades de las personas ancianas (29%), deber/responsabilidad ante la sociedad en su conjunto (11%) y deber/responsabilidad ante una sección particular de la sociedad (9%). En contraste solo el 13% otorgó prioridad a motivos financieros, mientras los restantes se concentraron en logro profesional y creatividad (21%), independencia y autonomía (11%) y desarrollo de pericia (5%). En este caso no diferenciaron entre proveedores voluntarios y privados.

Peter Taylor-Gooby y sus colegas (2000) investigaron los motivos de los dentistas británicos que elegían tratar a sus pacientes en forma privada o a través del NHS. Encontraron que los dentistas eran llevados a dejar el NHS en

función de motivos auto interesados y altruistas. Ubicándose como “privados” buscaban un ingreso mayor y tener más independencia para su propio beneficio personal. Sin embargo un importante factor motivador era que también consideraban que de ese modo también podían dedicar más tiempo y atención a sus pacientes y así proporcionar una atención de mayor calidad. Como estos autores comentan, la interpretación que daban a los intereses de sus pacientes estaba fuertemente condicionada por su cultura profesional (enfaticando el trabajo restaurador antes que el preventivo, por ejemplo); sin embargo, sigue presente el hecho que los intereses de los pacientes fueron un factor significativo en su decisión.

La evidencia relativa a que diferentes tipos de proveedores exponen motivos altruistas como parte de sus razones para hacer determinado trabajo, o para tomar las decisiones que toman, no es exactamente concluyente en forma aislada. Resulta más persuasiva si existe evidencia de que efectivamente algún sacrificio está también comprometido (como de hecho puede haber en algunos casos donde el ingreso es menor del que pueden de otro modo obtener por sus destrezas). Reconociendo esta cuestión, la más amplia investigación de la *Personal Social Services Research Unit* (PSSRU) sobre sistemas de cuidado social y atención de salud mental buscó examinar en qué medida los beneficios reales (*mark ups*) difieren de beneficios potencialmente alcanzables, dadas las condiciones de mercado prevalentes. Surge considerable evidencia de que los proveedores en realidad no actúan como maximizadores de beneficio. En particular, en un grado significativo la conducta de precio real observada es inconsistente con la maximización de beneficio, y sugeriría la importancia de otras motivaciones, ya discutidas (ver por ejemplo, Forder, 2000).

En resumen, esta evidencia sugiere que existe una combinación de motivos en el sector público y el privado; que ninguno tiene el monopolio del al-

5. Aunque directamente relevante para este trabajo, este resumen no hace realmente justicia a la complejidad del trabajo de Kendall. En realidad el estudio desarrolló el análisis más allá del nivel informado aquí, encontrando que el mejor modo de sintetizar el “paquete” de motivaciones de la mayoría de los proveedores era en tanto “enfaticadores” que priorizaban satisfacer las necesidades de las personas de más edad, con motivos subsidiarios importantes que comprendían un sentido de deber y logro profesional. El siguiente tipo más prevalente fueron los “profesionales” para quienes el logro profesional y el desarrollo de destrezas y avances en creatividad fueron más significativos. La ganancia financiera fue relativamente poco importante para estos proveedores y fue solo en la tercera categoría “priorizadores de ingreso” que pasó al frente (pero incluso aquí, esto fue en términos de alcanzar un “ingreso satisfactorio”, antes que buscar maximizar el beneficio).

truismo o el interés egoísta. Por consiguiente no podemos decir a priori sin ambigüedad que el uso de un sector será moralmente superior o responderá mejor o peor en términos de calidad o cantidad. Por consiguiente, la proposición relativa a que el sector público es automáticamente mejor, en términos de moralidad intrínseca y en términos de su habilidad para lograr otros fines, tales como la atención médica de mayor calidad o cantidad, no puede ser sostenida.

Moralidad intrínseca versus moralidad instrumental

Sin embargo, supongamos que la investigación empírica sostenida revela que de hecho hubo en realidad en mayor medida un *ethos* de servicio público, o más altruismo, entre proveedores de servicio público. ¿Significaría esto rechazar todos los otros argumentos sobre la cuestión provisión pública vs. provisión privada? ¿Qué pasa si otras investigaciones empíricas muestran que, por ejemplo, apoyarse sobre la donación de sangre voluntaria simplemente no asegura una oferta suficiente de sangre para las necesidades del NHS —no importa cuánta exhortación o campaña pública sea realizada por las autoridades correspondientes—? ¿Mientras pagar por sangre o sus derivados permite obtener una mayor oferta —suficiente para satisfacer las necesidades del NHS—? Más en general, ¿qué pasa si los argumentos instrumentales vinculados a los métodos de provisión adecuados señalan una diferente dirección de la observada a partir de las razones intrínsecas?

Como hemos visto, Titmuss intentó evitar este dilema en el caso de la sangre afirmando lo que nunca se presenta: que tanto los argumentos intrínsecos como los instrumentales favorecían al proveedor altruista. Apoyó esta afirmación en referencia a comparaciones entre la situación de la oferta de sangre en los EEUU, repleta de limitaciones y rupturas en la oferta, y en el Reino Unido, donde todas las necesi-

dades para propósitos de transfusión de sangre eran —en ese momento— adecuadamente satisfechas. Desafortunadamente esta evidencia era específica en el tiempo; en el curso de unos pocos años de la publicación de *The Gift Relationship* el NHS debió importar productos derivados de sangre y la organización comenzó a vacilar (Berridge, 1997: 20-22). Más en general, no es poco razonable suponer que los incentivos financieros generarían siempre una mayor oferta de cualquier producto o servicio —si son lo suficientemente importantes—. Pagos de, digamos, diez mil libras por litro de sangre “donada” probablemente serían suficientes para asegurar que el NHS dispondría de sangre más que suficiente para atender a sus necesidades (aunque, por supuesto, la calidad no puede ser garantizada).

Enfrentados con este dilema, los defensores del *ethos* de sector público pueden responder con otro tipo de argumento: que, incluso si una oferta suficientemente grande de un bien o servicio puede ser garantizada por el uso de incentivos financieros, apoyarse sobre una oferta altruista resultaría más barato. Pagar diez mil libras por cada litro de sangre que se utiliza, por ejemplo, probablemente quebraría al NHS; apoyarse en donaciones altruistas permite que los recursos puedan ser utilizados de otro modo en la atención de pacientes. Así, el mayor bien es proporcionado por el uso de proveedores altruistas.

Sin embargo, el argumento instrumental corre en dirección a otra preocupación, más intrínseca en términos morales: el peligro de explotación. La situación es una donde las personas están dando gratuitamente un bien por el cual, si ellos fueran menos altruistas, podrían haber cobrado (suponiendo que estuvieran en un sistema que permitiera la venta de sangre). Esto se equipara con la situación de profesionales médicos quienes, como se argumenta a menudo, en razón de su compromiso con el servicio público, reciben menos pago del que recibirían si fueran más auto-interesados. ¿Es mo-

ralmente correcto pagar menos a las personas para proporcionar un servicio de lo que recibirían si fueran menos altruistas? A menudo se argumenta, por ejemplo, que las enfermeras reciben menores niveles de pago porque el servicio de salud se apoya en su buena voluntad y preocupación por el bienestar de los pacientes que las lleva a hacer su trabajo a conciencia.

La naturaleza opuesta de estos argumentos puede ponernos en posiciones incómodas. Ya que en tales casos los juicios morales involucrados se aplican a diferentes personas. El donante o el trabajador altruista que recibe menos pago pueden ser considerados como siendo moralmente merecedores de aprobación por proporcionar el servicio por una retribución menor (o ninguna). Pero la persona o institución que paga el menor nivel de retribución está siendo explotadora y puede ser juzgada negativamente en términos morales. En otras palabras, parece ser moralmente negativo en tales situaciones permitir que el altruista se conduzca altruísticamente. La moralidad general de la situación desde el punto de vista de la sociedad se hace así muy difícil de evaluar —para decir lo menos—.

¿A dónde nos lleva esto? Es evidente que, tratando con estas cuestiones, tenemos un choque potencial de diferentes principios morales. Pagar a los proveedores privados para realizar un servicio público tal como atención médica puede reducir el número de actos altruistas e incrementar el número de los egoístas, lo que sería moralmente indeseable. Sin embargo, puede también ayudar a lograr otros fines sociales tales como más atención médica —lo cual, permaneciendo todo lo demás igual, sería moralmente deseable—. Y puede ser visto como siendo menos explotador, lo que también sería deseable sobre bases morales.

Ahora, a menos que uno esté preparado para afirmar inequívocamente que uno de estos principios domina lexicográficamente a los otros —es decir, que un principio tiene que ser observado en todas las circunstancias incluso si al ha-

cerlo otros principios son violados— no hay una solución general sobre esta cuestión. Por consiguiente, si algunas personas consideran que el único valor moral que tiene que ser observado es el relativo a la superioridad moral intrínseca de los actos altruistas (y si del mismo modo creen que son más altruistas los proveedores públicos que los privados) entonces ellas juzgarán el uso de proveedores privados en atención médica moralmente inferior al uso de proveedores públicos —incluso si el resultado es menos (o peor) provisión de atención médica—. Si por otro lado, ellas consideran que la única preocupación de la sociedad debe ser el nivel de la atención médica proporcionada, y si también consideran que el uso de proveedores privados lo incrementará, entonces apoyarán el uso de estos proveedores sin considerar el impacto que esto tenga sobre el *stock* de altruismo en la sociedad. O bien, si su única preocupación es prevenir la explotación, entonces apoyarán todos las formas organizativas que reducen la explotación —incluso si el resultado es también menos atención médica y menos altruismo—.

Sin embargo, en la práctica pocos de nosotros estamos en ese blanco o negro en nuestros juicios morales. La mayoría de las personas reconocería que diferentes circunstancias conducen a diferentes respuestas. Por ejemplo, si el resultado de descansar exclusivamente sobre la donación voluntaria de sangre, o sobre enfermeras con bajas remuneraciones, fuera que un mayor número de pacientes muriera por falta de sangre disponible para transfusión o por falta de apropiada atención de enfermería, entonces deberíamos estar preparados para aprobar un cambio en tales formas de organización, incluso si el resultado fuera menos oportunidad para el ejercicio de altruismo. Si, por otro lado, un cambio hacia formas menos altruistas de provisión conduce a una relativamente escasa mejora en resultado, entonces estaríamos menos dispuestos a aprobar un cambio de ese tipo. En el mundo real, cada caso debe ser examinado so-

bre sus méritos y una decisión tomada en relación a si, en ese caso, el movimiento hacia lograr un principio vale más que cualquier movimiento para alejarse de la violación de otro.

Una palabra de conclusión

Hemos visto que los argumentos vinculados a la provisión de atención médica pública versus la provisión privada conllevan profundas cuestiones morales y que los principios morales involucrados deben ser considerados unos frente a otros si se quiere llegar a una conclusión en el debate. La idea que los principios o valores morales puede tener que ser compensados (*traded off*) es un insumo importante del moderno discurso filosófico.⁶ Sin embargo eso es ajeno para muchas personas; especialmente, parecería, para algunas de aquellas involucradas en el debate público versus privado. Abundan los posicionamientos ideológicos, no tolerando ningún compromiso y no permitiendo posibilidades de *trade-off*. Sin embargo, estos tipos de compensación son inevitables en todo debate e implementación de políticas. En el caso de la provisión pública versus la privada, los decisores pueden tener que ponderar las ventajas morales del altruismo en el sector público contra juicios morales igualmente válidos vinculados a resultados y posible explotación. Haciéndolo tendrían que examinar en qué medida cada principio es apoyado y en qué medida violado en diferentes casos, y establecer consiguientemente sus propias prioridades. Esta no es una tarea fácil y constituye una en la cual necesitan ser apoyados, en vez de azuzados por ideólogos morales de la otra parte. •

Bibliografía

- Barry B. 1965. *Political Argument*. Londres. Routledge and Kegan Paul.
- Beridge V. 1997. "AIDS and the Gift Relationship in the UK". Cap. 3 en Oakley and Ashton, 1997.
- Cooper M., Culyer A. 1968. "The Price of Blood". *Hobart Paper* 41. Londres: The Institute of Economic Affairs.
- Butler J. 1997. "On the relationship between

self-love and particular affections". En: Rogers K. 1997: 121-124.

Forder JE. 2000. "Mental Health: market power and governance". *Journal of Health Economics* 19: 887-905.

Hobbes T. 1651. *Leviathan*. References are to Penguin Classics edition. London: Penguin Books, 1995.

Institute for Public Policy Research (IPPR) 2001. *Building Better Partnerships: The Final Report of the Commission on Public Private Partnerships*. Londres. IPPR.

Kendall J. 2001. "Of knights, knaves and merchants: the case of residential care for older people in England in the late 1990s". *Social Policy and Administration*, 35: 360-375.

Kendall J, Matosevic T, Forder J, Knapp M, Hardy B, Ware P. 2001 *The motivation of domiciliary care providers in England: new concepts, new findings*. Documento no publicado. Londres: PSSRU, LSE Health and Social Care.

Le Grand J. 1991. *Equity and Choice. An Essay in Economics and Applied Philosophy*. Londres: Harper-Collins.

Le Grand J. 1997. "Knighra, knaves or pawns? Human behaviour and social policy". *Journal of Social Policy* 26. 149-169.

Le Grand J. 2000. "From knight to knave? Public policy and market incentives". En: Taylor-Gooby P. (ed.) *Risk, Trust and Welfare*, Houndmills: Macmillian.

Mandeville B. 1714. *The Fable of the Bees*. Las referencias corresponden a la edición Penguin Classics, Londres, Penguin Books, 1989.

Oakley A, Ashton J. 1997 (eds.) *Richard Titmuss's The Gift Relationship*. Londres, Allen and Unwin, Londres: LSE Books.

Pollock A, Sahoul J, Rowland D, Player S. 2001. *A Response to the IPPR Commission on Public Private Partnerships*. Londres: The Catalyst Trust.

Rogers IK. 1997. *Self-Interest: an Anthology of Philosophical Perspectives*. Londres: Routledge.

Steele J. 1999. *Wasted Values: Harnessing the Commitment of Public Managers*. Londres: Public Management Foundation.

Taylor-Gooby P, Sylvester S, Calnam M, Manley G. 2000. "Knights, knaves and gnashers: professional values and private dentistry". *Journal of Social Policy* 29: 375-395.

Titmuss R. 1971/1997. *The Gift Relationship*. Londres, Allen and Unwin. Las citas corresponden a la nueva edición: ver Oakley and Ashton 1997.

6. Para discusión adicional ver Barry (1965) y Le Grand (1991).