

JUSTICIA DISTRIBUTIVA EN EL SISTEMA DE SALUD. EL RACIONAMIENTO DE LOS RECURSOS EN TIEMPO DE CRISIS¹.

Ángel Puyol González

Profesor Titular de Filosofía Moral y Política. Universidad Autónoma de Barcelona.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. La justificación ética en la limitación de los recursos sanitarios. 3. Equidad en el sistema de salud. 4. La responsabilidad por la salud.

1. INTRODUCCIÓN

Los recursos de la sanidad son limitados, y cada vez lo van a ser más. Es cierto que la crisis ha acentuado este problema y, sobre todo, la conciencia social que se tiene de él, pero hace tiempo que los recursos han dejado de ser suficientes para atender a toda la demanda sanitaria. Existen causas ineludibles de la limitación de recursos relacionadas con la paradoja del progreso médico, que consiste en el hecho de que cada vez disponemos de un mayor conocimiento científico y tecnológico en medicina, pero su aplicación resulta inevitablemente cara, lo que limita el acceso del conjunto de la población a dichos recursos. No es posible, por ejemplo, que todos los enfermos tengan un acceso inmediato a las tecnologías más innovadoras en todos los campos de la medicina.

Naturalmente, también hay causas políticas o evitables de la actual limitación de recursos. Evitables en el sentido de que las políticas de ajustes y recortes de los últimos años podrían ser o haber sido otras. Pero la coyuntura política actual no debe nublar nuestra vista. Aun en el caso de que no hubieran habido recortes en la sanidad, o de que estos se hubiesen aplicado de manera diferente, no podemos seguir pensando que los recursos son infinitos.

En este artículo, voy a tratar la cuestión de la limitación de los recursos sanitarios desde un punto de vista filosófico. En primer lugar, justificaré por qué la limitación de los recursos sanitarios es un problema ético (no solo político, económico y médico). En segundo lugar, explicaré de qué modo se debe argumentar éticamente en el espinoso asunto de la priorización sanitaria. Finalmente, ofreceré mis ideas en defensa de una responsabilidad pública de la salud, y en contra de la tendencia actual a responsabilizar a los individuos de su propia salud, es decir, a abandonar a los enfermos a su propia suerte.

2. LA JUSTIFICACIÓN ÉTICA EN LA LIMITACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS

Se suele esgrimir que no hay bastante dinero para pagar toda la atención sanitaria que la población necesita. Y es cierto. Y con esa justificación se realizan recortes de presupuestos, que repercuten en un incremento de las listas de espera y de los problemas para acceder a las ayudas a la dependencia y a otras medidas socio-sanitarias y de prevención. El resultado es que la salud de la población se resiente y empeora. Aunque ya disponemos de datos sobre la

¹ Este artículo se enmarca en los resultados del proyecto de investigación FFI2012-33370 Fraternidad, Justicia y Democracia. Ministerio de Economía y Competitividad.

afectación de los recortes en la salud², los peores efectos se producirán, sin duda, a medio y largo plazo. Y no solamente porque los problemas de salud que ahora no se están corrigiendo a tiempo se agudizarán más adelante, sino sobre todo porque los principales afectados por los recortes sanitarios son también los mayores damnificados de la crisis económica, es decir, las clases populares (clase baja y clase media). La calidad de la salud depende de la calidad del sistema sanitario, pero sobre todo de la calidad de vida en general y de las desigualdades sociales y económicas, de los determinantes sociales de la salud, como hace ya tiempo que la moderna epidemiología social ha probado³. De modo que si las desigualdades sociales y económicas aumentan, como lo están haciendo con la crisis económica actual, y aumentan también los problemas de acceso a la mayor calidad posible del sistema público de salud, las desigualdades injustas de salud también aumentarán. Las desigualdades de salud son injustas cuando son innecesarias y socialmente evitables⁴.

Es cierto que el aumento de las desigualdades en salud tiene causas económicas, políticas, y hasta científicas (el progreso médico ya esgrimido), pero no se puede analizar sin la ética, es decir, sin tener en cuenta qué valor damos a la salud de las personas y la equidad. Para justificar esta idea, permítaseme que analice tres conceptos muy en boga en tiempos de crisis de la sanidad. Así, se nos dice que “hay que ser más eficiente” y “hay que hacer sostenible el sistema”, o sea, hay que “racionalizar” el sistema de salud, añadirle más racionalidad y menos pasión, más gerencia y menos política, más economía y menos ideología. Sendas expresiones (eficiencia, racionalización, sostenibilidad) parecen contener un halo de neutralidad moral e ideológica, de solución técnica o pragmática del problema, como si el mantenimiento de la equidad se garantizase tan solo con la solvencia gerencial.

No hay duda de que, *caeteris paribus*, es mejor, incluso moralmente mejor, ser eficiente que ineficiente. Y también es preferible mantener, o sostener, en el tiempo algo bueno –como la sanidad pública– que disfrutarlo en el presente y perderlo en el futuro. Lo que ocurre es que, en la práctica, la eficiencia y

la sostenibilidad no son ideas moralmente inocuas desde el punto de vista de la justicia, puesto que a menudo acaban beneficiando a unas personas y perjudicando a otras sin que siempre haya una buena razón que lo justifique.

El lenguaje elegido suele expresar las intenciones del comunicador. Por ejemplo, la limitación de un bien básico, como en este caso es la atención sanitaria, provoca la necesidad de racionarlo. Podemos sustituir la palabra racionamiento por racionalización (que no significa otra cosa que aplicar la razón o el razonamiento) o por priorización (es decir, A va por delante de B, sin que sepamos todavía el valor o la importancia que el orden tiene para nosotros). En cambio, la palabra que mejor define el acceso limitado a un recurso social básico es el racionamiento, a pesar de que, como es obvio, dicho vocablo contiene un valor histórico que se desea evitar cuando lo convertimos en el eufemismo de la racionalización o la priorización. La realidad, sin embargo, no desaparece al renombrarla.

Con las palabras eficiencia y sostenibilidad ocurre algo parecido. A priori, nadie que sea sensato puede estar en contra de aumentar la eficiencia y la sostenibilidad del sistema de salud. El problema aparece cuando, en su aplicación, la eficiencia y la sostenibilidad encierran, cuando menos, compromisos éticos dolorosos, si no injustos en algunas ocasiones. Mi intención es desvelar esos compromisos que no siempre son obvios.

Por ejemplo, la eficiencia indica que no debemos priorizar los tratamientos médicos caros y con baja efectividad. Si priorizamos los tratamientos más efectivos a un menor coste económico, optimizamos la cantidad de salud que somos capaces de ofrecer, no solo porque sale más barato, sino también porque liberamos recursos para satisfacer otras demandas. Ahora bien, en sí misma la eficiencia no nos dice cuántos recursos debemos invertir, qué importancia damos al objetivo de la inversión o qué hacemos con las enfermos “ineficientes”. Este último punto es especialmente comprometido porque provoca un problema moral en el corazón mismo de la eficiencia. Imaginemos que existe un tratamiento caro y poco efectivo (pero no completamente inefectivo) para una enfermedad minoritaria o rara. Pocos pacientes, tratamiento muy caro, baja efectividad: aparecen todos los números para que su financiación por el sistema de salud esté en la cola de las prioridades por razones de eficiencia. El problema es que tal vez es el único tratamiento que mejora la vida de determinados enfermos.

2 STUCKLER, David y BASU, Sanjay: *Por qué la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte*, Taurus, Madrid, 2013.

3 BERKMAN L.F. y KAWACHI I.O.: *Social epidemiology*, Oxford University Press, New York, 2000.

4 BRAVEMAN P. y GRUSKIN S.: “Defining equity in health” *J Epidemiol Commun Health*, vol. 57, 2003, pp. 254–8.

Si lo suprimimos, no podemos decir que la eficiencia nos está obligando a perjudicar a esos enfermos. La eficiencia es la razón instrumental que esgrimimos para justificar el recorte o la prioridad, pero la decisión última, la razón final, es ética y consiste en algo así como “la salud de todos es igualmente importante, pero la salud de quien más salud puede obtener con los mismos recursos es moralmente más importante”. Así pues, la salud de unas personas importa más que la de otras. La paradoja se salva, aparentemente, cuando introducimos el siguiente argumento: “la salud de todos es igualmente importante *en el sentido de que no queremos discriminar a nadie por razones ajenas a la salud*, pero, precisamente porque lo único que nos guía es la salud, favoreceremos a las personas que son capaces de generar más salud con los mismos recursos, y perjudicaremos a quien no tenga esa capacidad, a pesar de que estos últimos enfermos no merecen ser perjudicados.” Cuando beneficiamos y perjudicamos a unos enfermos u a otros estamos realizando elecciones morales, no solo técnicas. Quizá la eficiencia es una buena razón para justificar una determinada priorización, pero no exime de responsabilidad moral a quien la utiliza, puesto que, en sentido estricto, se podría tomar otra decisión. No estamos moralmente obligados a ser eficientes del mismo modo que un médico sí está obligado a no dañar a su paciente o un juez está obligado a respetar la ley. Se podría elegir, por ejemplo, y no sería una elección moralmente reprochable, priorizar al enfermo con una enfermedad rara y grave cuyo único tratamiento posible es caro y poco efectivo, y dejar de atender a enfermos menos graves pero mejores convertidores de recursos sanitarios en salud. Es decir, se podría tomar una decisión más ineficiente, pero tal vez más justa por razones ajenas a la eficiencia que resultan moralmente más importantes que esta.

Hay que buscar un equilibrio entre la eficiencia y la equidad, y entre la eficiencia y los derechos de las personas. Dejar sin escolarizar a un niño que vive aislado en la montaña puede resultar eficiente, pero atenta contra el derecho a la educación. Del mismo modo, obligar a una persona sana a entregar (que no ya donar) su riñón a un enfermo con el objetivo de salvarle la vida es eficiente desde un punto de vista sanitario, pero viola el derecho a la integridad física y la libertad individual. Ahora bien, como contrapunto, cabe decir que los derechos no son sagrados o ilimitados y deben poder ponderarse a la luz de los argumentos de la eficiencia. ¿Acaso tiene derecho un moribundo de noventa años de edad a reclamar todos los recursos disponibles (y caros) para alargar su vida

unas pocas semanas si con esos mismos recursos se puede mejorar la salud de muchas otras personas? Este es un debate que una sociedad madura debe tener sin dilación en los próximos años.

Vayamos ahora al concepto de sostenibilidad o sustentabilidad. La sostenibilidad consiste en crear las condiciones para que el sistema de salud siga funcionando con la misma calidad y equidad en el futuro. Para ello, generalmente se recomienda ser austero en el presente en el uso de los recursos disponibles. Un exceso de gasto podría llevar a la quiebra del sistema y nos quedaríamos sin sus beneficios más adelante. Cualquier economía familiar entiende con facilidad en qué consiste la sostenibilidad, y tiene que ver con el ahorro prudente y la previsión para el mañana.

Ahora bien, ¿qué es lo que deseamos que sea sostenible? El sistema de salud con la calidad y la equidad que le define y le ha acompañado hasta ahora. Pero, ¿cómo lograr la sostenibilidad sin dañar ni la calidad ni la equidad actuales? Por ejemplo, si eliminamos servicios sanitarios, podemos mantener la calidad de los que quedan, pero difícilmente podremos mantener la equidad. Y se mantenemos la equidad recortando, que no eliminando, algunos servicios, será muy complicado mantener la misma calidad con menos personal, menos ambulancias, un acceso más restringido a la tecnología médica, menos camas de hospital, etc.. Si esto es así, entonces tenemos que ser honestos y admitir que la sostenibilidad del sistema de salud perjudica a los enfermos de hoy por el bien de los futuros enfermos. Este doloroso intercambio no es necesariamente injusto si los enfermos actuales fuesen los responsables de la situación de precariedad del sistema de salud, o si, aun no siéndolo, aceptasen democráticamente el sacrificio de sus intereses personales a favor de las generaciones venideras. Me temo que no concurren ninguna de las dos condiciones, pero este no es el lugar para discutir este importante asunto.

Por otro lado, al margen de la equidad intergeneracional, la equidad intrageneracional del sistema de salud se mantiene si todos los enfermos perjudicados por el racionamiento sanitario salen igualmente perjudicados o, al menos, en términos proporcionales a su contribución responsable al empeoramiento del sistema. Pero estamos viendo que no es así. Dejando de lado esta vez la cuestión fundamental de la responsabilidad por la crisis económica, los enfermos perjudicados por la limitación de los recursos del sistema público de salud son aquellos que no tienen capacidad adquisitiva suficiente para acceder a una

sanidad privada. De modo que el sacrificio a favor de la sostenibilidad no es equitativo y, por lo tanto, es injusto. Hay que darse cuenta de la contradicción que supone sacrificar la equidad sanitaria en el momento presente a favor de producir –que ya no sostener– una equidad en el futuro. Si hay que sacrificar la salud de la población por razones de sostenibilidad, la equidad manda que el sacrificio sea igual para todos, independientemente del poder económico de los ciudadanos. Y si aceptamos la desigualdad de acceso a los servicios sanitarios, habría que compensar de un modo justo a los que padecen un menor acceso a dichos servicios. Sea como sea, todos los caminos de la equidad sanitaria conducen a una disminución de las desigualdades injustas de salud, es decir, a una disminución de las desigualdades sociales y económicas de la población. Si hay crisis económica, si hay que sacrificarse, si hay que proteger a las generaciones futuras, todos los ciudadanos deben comprometerse a ello, siendo mayor el sacrificio exigible a la población que esté siendo menos castigada por la crisis. Lo contrario es inequitativo y no se puede justificar con la necesidad de hacer el sistema sostenible, a menos que no nos importe entrar en contradicción.

3. EQUIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD

Ahora bien, la equidad no es un concepto unívoco. Formalmente, la equidad significa que debemos tratar a los iguales como iguales y a los desiguales como desiguales. Pero, ¿quiénes son los iguales y sobre todo los desiguales en el sistema de salud? Iguales son los ciudadanos y, por tanto, todos ellos tienen que tener un acceso igual a los servicios sanitarios. Como es obvio, la igualdad estricta acaba aquí. Nadie imagina que a cada ciudadano le corresponda una parte igualitaria de los recursos médicos, con independencia de sus dolencias. El acceso a los recursos debe ser desigual en función de algún criterio de desigualdad que sea moralmente legítimo. Tradicionalmente, ese criterio es o bien la necesidad médica o bien la capacidad de pago del propio enfermo. Según el primer criterio, estar enfermo es el único requisito para ser atendido, sin importar otras condiciones personales, como el sexo, la etnia, la religión, la clase social, el origen geográfico o nacional, etcétera. Según el segundo criterio, se atiende a quien puede pagar la factura que exige la institución médica o el profesional especializado. El primer criterio es la base del sistema público de salud, mientras que el segundo conduce al sistema privado. En nuestro país, coexisten ambos sistemas de salud, aunque no en un estado puro. Por ejemplo, el sistema público niega el

acceso de los enfermos en situación jurídica irregular en nuestro país a numerosos recursos sanitarios. Y el sistema privado de salud tiene fuertes complicidades con el sistema público a través, por ejemplo, de ventajas fiscales o de la gestión privada de algunos servicios públicos.

En seguida, me referiré a la justificación moral del sistema privado de salud. Respecto al sistema público, los problemas éticos no se restringen a las discriminaciones señaladas. En el mismo corazón de la idea de necesidad médica, hay al menos dos alternativas moralmente excluyentes, alternativas que resultan más visibles cuanto mayor es la necesidad de racionar o priorizar entre pacientes.

La prioridad entre pacientes se da cuando las personas tienen un acceso desigual a los recursos limitados. Lo ideal sería que el acceso fuese igualitario, es decir, que todo el que necesitase atención sanitaria la obtuviese, independientemente de otras consideraciones. Pero el problema reside en que es precisamente eso lo que no es posible. No todos podemos tener un acceso igual a los recursos que necesitamos debido a su escasez, en parte inevitable (y en parte no) como ya he indicado. Entonces, y aunque parezca un contrasentido, la pregunta es la siguiente: ¿qué tipo de desigualdad respeta mejor el principio de igualdad entre las personas en el acceso a la atención sanitaria? ¿Cuál es la desigualdad legítima para acceder a los recursos sanitarios escasos? La tradición en países como el nuestro dice que los iguales son los que tienen la misma necesidad médica, de manera que dispensar un trato igual quiere decir priorizar a los que más lo necesitan.

Ahora bien, apelar al concepto de necesidad médica como algo definible únicamente en términos médicos no resuelve el problema de la priorización entre pacientes. Esto es así, en parte, porque el significado de la salud y la enfermedad es social en muchas ocasiones, lo que provoca no pocas discrepancias acerca de lo que es efectivamente una necesidad médica. Piénsese, por ejemplo, en el cambio de sexo o en la inseminación artificial. También es cierto que hay problemas epistemológicos a la hora de determinar quién necesita qué. Por ejemplo, no todos los especialistas médicos están siempre de acuerdo en qué tratamiento necesita un mismo enfermo. Pero, sobre todo, la concepción de la necesidad médica no es una cuestión meramente técnica porque existen al menos dos interpretaciones filosóficas divergentes de la necesidad médica.

La visión clásica está asociada al grado de enfermedad del paciente, de manera que el enfermo más grave es el que tiene mayor necesidad de atención. Ahora bien, tal interpretación tiene sus detractores. Estos esgrimen que no tiene sentido (que no es ético) dedicar los recursos disponibles a pacientes muy graves pero sin (o con muy remotas) posibilidades de curación, si al mismo tiempo tales recursos son negados a pacientes menos graves pero que podrían mejorar considerablemente su estado de salud gracias a ellos. Los que así argumentan creen que la verdadera necesidad de atención sanitaria aumenta con el beneficio que proporciona dicha atención. Afirman que si el objetivo de las instituciones sanitarias es ofrecer salud a los ciudadanos, cuanto más salud sean capaces de proporcionar, mejor realizan su tarea. La necesidad no depende entonces de la gravedad del enfermo, sino del beneficio esperado del tratamiento. Generalmente, los defensores de dicho argumento miden el beneficio sanitario con una fórmula que combina los años de vida ganados y la calidad de vida que acompaña a esos años.

Sin embargo, esta segunda interpretación de la necesidad médica también deja abiertos algunos interrogantes éticos. Por ejemplo, da por sentado, sin una clara justificación, que puesto que una persona prefiere, por norma general, vivir más años que menos, también es preferible que una persona viva más años que no que otra viva menos años. Eso significa, entre otras cosas, que los jóvenes tienen una prioridad absoluta sobre los viejos. Por ejemplo, los recursos destinados a la pediatría tendrían muchísimo más valor que los dedicados a la geriatría. En el extremo, estaría justificado invertir todos los recursos en salvar a un recién nacido (que, en nuestra sociedad, puede llegar a vivir ochenta años), aunque eso supusiese dejar morir a setenta y nueve ancianos que ganarían un año de vida gracias a los mismos recursos. En términos filosóficos, este enfoque utilitarista cae en la falacia de la ausencia de separabilidad moral de las personas, es decir, asume que el valor moral de las personas es intercambiable: la salud que unos ganan compensa a la que otros pierden siempre que el resultado sea una suma positiva.

Por otra parte, el criterio utilitarista acaba priorizando, paradójicamente, a los enfermos que acuden más sanos al sistema sanitario, puesto que, generalmente, estos tienen más probabilidades de mejorar con la atención recibida. Parece que el sistema actúe con el siguiente lema: “cuanto más enfermo venga usted, más tarde le atenderemos”. El criterio de la maximización de la salud que se esconde detrás de

esa interpretación de la necesidad médica está claramente emparentado con la teoría utilitarista de la justicia.

Pero los dilemas éticos de la priorización no se limitan a la definición de la necesidad médica. Existen otros criterios alternativos para priorizar a los pacientes que no son nada desdeñables desde el punto de vista de la ética. Por ejemplo, podríamos priorizar a los ciudadanos que han realizado una mayor contribución social, o a los que se espera que la realicen, o a los que tienen mayores obligaciones sociales (por ejemplo, en la atención a familiares dependientes), o a los que han sabido responsabilizarse mejor del cuidado de su salud, o a los más pobres. Una vez más, queda patente que la igualdad y la equidad (en este caso la sanitaria) no son conceptos unívocos, sino que están atravesados por diferentes acepciones, cada una de ellas con su propio peso en una discusión ética abierta y comprometida con el principio de igualdad⁵.

En cualquier caso, se trata solamente de criterios orientativos acerca del racionamiento de los servicios y tratamientos sanitarios. En los países en los que se ha puesto en práctica una priorización explícita (no olvidemos que tácitamente siempre se está priorizando fuera del paraíso), incluso con un debate social amplio sobre la bondad de los criterios, no ha habido manera de lograr un consenso suficiente. Cuanto más detallada es la lista resultante de criterios, más desacuerdos emergen. No disponemos todavía de un criterio, o de una combinación de criterios, socialmente exitoso. Una de las razones que explica tal fracaso puede ser la negativa de la población, en general, a asumir que no todo lo que es científicamente posible también lo es económicamente *para que alcance a todos*, y mucho menos si se trata de la atención médica. La priorización existe, aunque no se hable abiertamente de ella y aunque en muchos casos se lleve a cabo de manera invisible y arbitraria, en la soledad del decisor (del político, el gerente o el médico) que ni siquiera es consciente de que está priorizando con criterios éticos, incluso de un modo diferente a como lo hacen sus colegas. Pero cuando se habla de ello o los criterios de racionamiento se hacen públicos, casi nadie quiere asumirlo. Se impone un cierto infantilismo moral: se afirma que la vida y la salud no tienen precio, pero pocos están dispuestos a hablar del coste económico de tal afirmación, y mucho menos a asumir el coste social del racionamiento. Esperamos

5 PUYOL, Angel: *Justícia i salut. Ètica per al racionament dels recursos sanitaris*, Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 1999.

que el Estado cubra todas las necesidades sanitarias con un dinero que, como contribuyentes, no siempre estamos dispuestos a dar (y que nuestros gobiernos ya no pueden pedir prestado ilimitadamente en el mercado financiero internacional), porque, a la hora de la verdad, demostramos tener otras prioridades, como construir más carreteras, salvar a los bancos, o disfrutar de un mayor consumo privado. Todos y cada uno de nosotros somos responsables de la priorización sanitaria, aunque miremos hacia otro lado cuando alguien la menciona.

No obstante, las dificultades para afrontar el racionamiento sanitario no dependen únicamente de esa ingenuidad moral. Existe también otro tipo de causas. Una de ellas es la característica de *elección trágica* que, en ocasiones, tiene la priorización sanitaria. En una elección trágica cualquier decisión sobre la distribución de los recursos limitados afecta de manera sustancial a la vida de las personas. Un ejemplo recurrente de elección trágica es el que se produjo en el año 1841 con unos naufragos supervivientes del hundimiento de un barco que hacía la travesía entre Liverpool y Filadelfia. Uno de los botes salvavidas fue ocupado por más personas de las que cabían. Los supervivientes sabían que si en un plazo relativamente corto de tiempo no aligeraban el peso del bote, todos acabarían ahogados. En un intento por evitar la muerte segura de todos, catorce personas fueron lanzadas al mar. El criterio utilizado para desprenderse de los pasajeros sobrantes fue “no separar a los matrimonios y no lanzar a ninguna mujer”. El bote consiguió aguantar el peso de los afortunados, los cuales fueron finalmente rescatados. Lo más sorprendente es que uno de los supervivientes del bote, integrante de la tripulación del barco naufragado y responsable de ejecutar el criterio de priorización seleccionado, fue sometido a juicio y condenado por homicidio⁶. Es sorprendente porque fue el único que tuvo la valentía de responsabilizarse, con su propia acción ejecutoria, de llevar a cabo la elección moral tomada.

La elección trágica del ejemplo anterior consiste en que todas las posibles elecciones son moralmente detestables. Básicamente, había tres alternativas: 1) esperar la muerte de todos, lo que ocurriría, por ejemplo, al seguir la regla kantiana de que nadie debe ser sacrificado en beneficio de otro, o el mandato cristiano de que solo Dios puede decidir sobre la vida y la muerte de las personas; 2) salvar a un número determinado de personas gracias a algún criterio aleatorio

de selección, como, por ejemplo, lanzar una moneda al aire; y 3) salvar al máximo número de personas utilizando algún criterio de priorización no aleatorio, que exige un compromiso moral más fuerte, como, por ejemplo, el que se utilizó en el caso real, o el que hubiese salvado probablemente más vidas: priorizar a los más delgados.

Lo que quiero poner de manifiesto con ese ejemplo es que, en numerosas ocasiones, la bioética y el racionamiento tienen que lidiar con situaciones de elección trágica. Por ejemplo, cuando hay que decidir si se separa a los siameses con la muerte segura de uno de ellos, en la selección de los enfermos que deben recibir un trasplante de órganos, en la lista de espera tolerable para enfermedades de gran riesgo, etc. La particularidad de una elección trágica reside en que, ante situaciones extremas, ningún individuo puede merecer el perjuicio grave pero inevitable al que conduce la decisión última. Una posible alternativa para eludir ese tipo de decisiones consiste en la abdicación de la responsabilidad moral, utilizando, por ejemplo, sistemas de elección aleatoria⁷, como la lotería o el criterio del “primero que llega, primero se sirve” tan habitual en el ámbito de la sanidad. Así, además, se puede defender, desde un punto de vista teológico, que en los procedimientos aleatorios solamente Dios dicta la decisión moral. Sin embargo, desde un punto de vista secular, se puede replicar que abandonar la decisión moral a la lotería o, simplemente, al destino natural es una forma de huir del compromiso último con la responsabilidad humana. Si dejamos morir a alguien cuando podemos hacer algo por salvarle la vida, aunque lo dejemos morir para salvar otra u otras vidas igualmente valiosas, debemos asumir la responsabilidad moral de esa elección.

4. LA RESPONSABILIDAD POR LA SALUD

No obstante, el principal reto del sistema de salud hoy día, en plena crisis económica, no es tanto la elaboración de criterios de equidad sanitaria moralmente explícitos y comprometidos, sino el combate contra el riesgo de disminuir la responsabilidad pública por la salud. Las políticas de recortes suelen ir acompañadas de medidas de privatización y, en un sentido amplio, de abandono de la responsabilidad pública por la salud de los enfermos y de llamamientos a que estos asuman los costes del cuidado de su

6 CALABRESSI, G. y BOBBIT, P.: *Tragic Choices*, Norton, New York, 1978;
ELSTER, Jon: *Justicia local*, Gedisa, Barcelona, 1994.

7 GOODWIN, Barbara: *Justice by Lottery*, Univesity of Chicago Press, Chicago, 1992.

salud. Detrás de este tipo de políticas hay intereses diversos, políticos, económicos y sociales, pero en este texto quiero resaltar y analizar el argumento ético neoliberal que lo ampara.

Según dicho argumento, no es justo (no lo es porque viola la libertad de las personas) que unos individuos paguen forzosamente la atención sanitaria de otros si no han provocado su pérdida de salud. El Estado tiene que permitir la libre generosidad, por ejemplo promocionando la beneficencia (o la caridad), pero en ningún caso puede obligar a los ciudadanos a sufragar los gastos sanitarios (ni educativos, ni de formación laboral, ni las pensiones o la seguridad social, en definitiva: el estado del bienestar) de los otros a través de medidas coercitivas como los impuestos. Nadie es responsable de la pérdida accidental de la salud de terceras personas. Por ejemplo, imaginemos que un niño desarrolla una grave enfermedad genética que requiere un tratamiento caro para intentar restablecer su salud. Para las tesis neoliberales⁸, el hecho de padecer la enfermedad no otorga al niño ninguna razón moral para reclamar una compensación en forma de asistencia sanitaria. Nadie tiene el deber de ayudar al enfermo más allá del dictado de su conciencia. Cualquier ayuda que pueda recibir el enfermo se deberá al sentimiento de caridad o de compromiso personal de los demás, pero no existe una reclamación de justicia. La justicia, para Nozick, se reduce al proceso por el cual nos apropiamos legítimamente de las cosas. El infortunio físico es un capricho del destino sobre el cual no existen razones de justicia para compensarlo socialmente. Por tanto, ningún ciudadano tiene derecho a una asistencia sanitaria excepto si la ha adquirido a través del mercado. Todo intento de redistribuir los recursos para atender a los que están peor en términos de salud es esencialmente injusto. El resultado de la aplicación de este criterio conduce a la injustificación tanto del sistema público de salud como de una garantía de atención sanitaria basada en criterios de justicia. En el Estado mínimo diseñado por el neoliberalismo, restringido a las funciones de protección y garantía del derecho a la propiedad privada, no hay lugar para la protección universal de la salud⁹.

Se pueden realizar numerosas objeciones a esta posición neoliberal desde el punto de vista de la justicia. La principal de ellas es que, en nombre de

la inviolabilidad de la libertad individual, la salud de millones de personas depende, en el mejor de los casos, de la caridad de los más ricos, tanto a nivel nacional como internacional. Por otra parte, poner el acento de la justicia en la responsabilidad individual puede ir paradójicamente contra las intenciones neoliberales de protección de la propiedad privada, ya que da argumentos a los defensores de una responsabilidad social en materia de sanidad. Como recuerda la epidemiología¹⁰, la estructura social desigual (que es un producto de la sociedad y no del azar o la necesidad) es la principal causa de las desigualdades en la salud de la población. De ese modo, la responsabilidad por el mal causado obligaría a la sociedad a *hacerse cargo* de la atención sanitaria necesaria para remediarlo. Por otra parte, muchos descubrimientos médicos e innovaciones tecnológicas se han realizado con financiación pública. Entonces, ¿por qué negar al conjunto de la población las consecuencias beneficiosas de los resultados de una investigación que ellos han contribuido a pagar?

Junto a las objeciones anteriores, deseo destacar tres argumentos que no deberíamos olvidar cuando nos planteamos la responsabilidad por la salud. El primero de ellos afirma que la salud es un requisito de la igualdad de oportunidades, no solo el resultado de utilizar libremente las oportunidades iguales. Es cierto que los individuos pueden usar sus oportunidades sociales y vitales para poner más o menos en riesgo su salud, y deben responsabilizarse por ello, pero también lo es que la salud es una condición de casi todas las oportunidades sociales de los individuos. Sin buena salud, la vida es muy pobre y pocos proyectos vitales se pueden llevar a cabo. Por tanto, la salud no se puede tratar como un premio o un castigo a las acciones libres de los individuos, sino, por encima de todo, como una condición de la libertad.

El segundo argumento sostiene que la atención sanitaria no puede ser considerada como una mercancía más, equiparable a un bien de consumo como puede ser un teléfono o un reloj. La salud es una necesidad y no solo una preferencia. Es cierto que en ocasiones es una necesidad social y culturalmente moldeada, pero, en cualquier caso, la salud no es una simple preferencia social como se considera bajo la ley de la oferta y la demanda del mercado liberal. La necesidad, por ejemplo, de cortarse el cabello no es moralmente comparable a la necesidad de recuperar la salud perdida. En el segundo caso, la necesidad es

8 NOZICK, Robert: *Anarquía, estado y utopía*, Fondo de cultura contemporánea, México, 1988.

9 ENGELHARDT, H. Tristram: *Los fundamentos de bioética*, Paidós, Barcelona, 1995.

10 WILKINSON Richard y MARMOT Michael: *Social determinants of health: the solid facts*, Centre for Urban Health, World Health Organization, Copenhagen, 1998.

mucho más cercana a una urgencia¹¹, y una sociedad que no atiende las urgencias moralmente necesarias de sus miembros no los trata con respeto y dignidad. La salud tiene un valor moral en sí misma del que carecen otros bienes de consumo¹².

Pero el principal argumento contra la exención social de responsabilidad por la salud de *todos* los enfermos hunde sus raíces en el principio de solidaridad. En el ejemplo anterior del niño con una enfermedad congénita grave, si eliminamos la obligación de justicia (que no tiene que ver con la caridad) de la solidaridad, el niño tiene un serio riesgo de ser desatendido. Ni el utilitarismo ni el neoliberalismo sienten la obligación de acudir en su ayuda. El primero, porque podría ocurrir que el tratamiento fuese ineficiente en relación al coste-efectividad. El segundo, porque podría ser que las personas dispuestas a cuidarle no tuviesen los recursos económicos necesarios para ello. Sin el deber de solidaridad, el niño queda abandonado a su propia suerte y, en consecuencia, la sociedad no puede decir de sí misma que trata a todos sus miembros con igual respeto y dignidad.

La solidaridad, entendida como la voluntad de los ciudadanos de hacer frente común a los riesgos evitables de la existencia (los riesgos de pobreza, enfermedad y desempleo como los más destacados) es parte de la justicia social. Ha sido un mecanismo de compensación de las desigualdades sociales y un principio fundamental del estado del bienestar desde la segunda mitad del siglo XX, pero su continuidad está abiertamente amenazada por diversos frentes: la crisis económica que nos azota desde hace unos años, la tendencia creciente a un individualismo indiferente a las necesidades y el sufrimiento de los demás, que incluye la creencia de que los individuos son los principales responsables de su propio destino, la preponderancia de la ideología neoliberal, que prioriza el derecho a la propiedad privada por encima de cualquier otro derecho humano, o la desregulación de los mercados. Este nuevo contexto exige, probablemente, una transformación de la solidaridad¹³ si se quiere preservar la voluntad de compartir colectivamente (entre jóvenes y viejos, sanos y enfermos,

ricos y pobres) los riesgos antes mencionados. Pero sin la solidaridad, sin alguna forma institucionalizada de ayuda mutua eficaz y sin el sentimiento compartido de fraternidad, una sociedad está abocada a su disolución y, en cualquier caso, mientras tanto no se certifica su defunción, a un alejamiento y finalmente abandono de lo que hace que una sociedad sea buena o justa.

11 SCANLON, Thomas: "Preference and Urgency", *Journal of Philosophy*, n. 57, 1975.

12 PUYOL, Angel: "¿Quién es el guardián de nuestra propia salud? Responsabilidad individual y social por la salud", *Revista española de salud pública*, 2014, vol. 88, n. 5.

13 Van der VEEN R., YERKES M. y ACHTERBERG, P. (Eds): *The transformation of solidarity. Changing risks and the future of the welfare state*, Amsterdam University Press, Amsterdam, 2012.