UTILIDAD SOCIAL, JUSTICIA Y GASTO SANITARIO[1]

PEDRO FRANCÉS GÓMEZ
Universidad de Granada
pfg@ugr.es

ABSTRACT

The paper deals with the question about the level of sanitary spending that a just society should accept, given the increasing cost of medical services.

Arguments are given to discard principles derived from medical ethics. Those principles are unable to determine an adequate (just) level of social spending in health. Ultimately, the principles of medical ethics would lead to an inefficient provision of healthcare.

The paper adheres to a principle proposed by R. Dworkin, according to which a just society may accommodate certain limitations in its healthcare coverage, as part of a just institutional design directed to both maximizing social utility and satisfying individual rights and liberties.

Keywords: Healthcare spending, Healthcare ethics, Healthcare policy.

RESUMEN

El trabajo intenta responder a la cuestión sobre el nivel de gasto sanitario que debe aceptar una sociedad justa, ante los costes crecientes de la sanidad.

Se argumenta que los principios derivados de la ética médica son ineficaces para determinar un nivel adecuado (justo) de gasto social en sanidad, y conducen a una ineficiencia en la provisión de servicios sanitarios que es socialmente insostenible.

Como alternativa proponemos un principio inspirado en un ensayo del filósofo americano R. Dworkin. Según este principio, una sociedad justa podría aceptar limitaciones en la cobertura sanitaria, como parte de un diseño institucional justo encaminado a maximizar la utilidad social mientras quedan satisfechos los derechos iguales y la libertad de todos los miembros de la sociedad.

Palabras clave: gasto sanitario, ética del sistema sanitario, política sanitaria.

1 Aceptación: 26 de octubre de 2005.

El marco de la discusión sobre el nivel justo de gasto sanitario

La justicia sanitaria exige respetar ciertos derechos individuales (derecho a la salud) y garantizar un bienestar mínimo a todos, asegurando una distribución imparcial de los recursos sanitarios. Pero esto no resuelve algunos problemas que se han planteado recientemente: ¿exige la justicia que la sanidad pública emplee costosos recursos para ofrecer intervenciones quirúrgicas sofisticadas a personas con enfermedades directamente derivadas de hábitos nocivos que ellas han mantenido consciente y libremente?, ¿debe una sociedad justa endeudarse para ofrecer a sus ciudadanos actuales excelentes servicios de salud, transfiriendo el coste a las generaciones futuras?, ¿hay un límite racional del gasto sanitario, o cualquier coste está justificado si mejora, aunque sea mínimamente, nuestra calidad de vida?

Las doctrinas morales en que se basan nuestras teorías de la justicia social titubean a la hora de responder a estas cuestiones. Los filósofos son conscientes de que las sociedades, al igual que las personas, no pueden hacer todo lo que desearían. Pero en vez de tratar de determinar qué es lo razonable, o lo obligatorio, dentro de lo posible, se pierden a menudo en grandes ideales, y dejan el trabajo "sucio" a los economistas y los políticos.

Esta actitud da lugar a una situación absurda: las discusiones sobre la justicia sanitaria acaban convirtiéndose en pleitos entre especialistas, donde los filósofos, los moralistas y los juristas plantean reclamaciones que suponen legítimas, mientras que los economistas señalan que es materialmente imposible satisfacerlas. Este pleito falaz oscurece la discusión sobre los principios de justicia, que rara vez se critican o impugnan. Hacerlo significaría poner entre paréntesis la legitimidad de las reclamaciones que se hacen en nombre de la justicia sanitaria, y examinar las bases de la misma: ¿es racional pedir lo que pedimos al sistema sanitario?, ¿hasta qué punto es obligatorio para la sociedad proporcionarnos lo que demandamos, y para nosotros como contribuyentes aceptar tales cargas?, ¿hay que revisar ciertos derechos, proclamados en una época en que era imposible prever que el coste de la sanidad evolucionaría como lo ha hecho?

Una discusión sobre justicia distributiva o justicia social (para distinguirla de otras nociones de justicia) en el campo sanitario no puede reducirse a una reclamación de derechos. Debe intentar proporcionar argumentos que justifiquen –o dejen sin justificación– precisamente los derechos –así como otras instituciones básicas del sistema. La investigación *debe* tener en cuenta, no únicamente lo que las personas pretenden como derecho (en el marco de la crítica filosófica de los principios, los derechos son meras pretensiones individuales; no objetos sagrados), sino también otros factores, como los recursos sociales disponibles, y las

prioridades sociales (o fines de la sociedad). No se trata de *enfrentarse* a las restricciones presupuestarias, sino de tenerlas en cuenta como parte de las circunstancias de la justicia.

Hume dijo que las circunstancias de la justicia son moderada escasez y ausencia de altruismo generalizado[2]. *Cualquier principio de justicia distributiva ha de ser capaz de resolver la asignación de recursos escasos entre personas que los consideran valiosos y los demandan con la pretensión de que los merecen y, por tanto, se niegan en principio a renunciar a ellos voluntariamente* (como harían si fueran perfectos altruistas).

En estas circunstancias –las únicas en las que tiene sentido explorar qué requiere la justicia– el objetivo es *justificar racionalmente decisiones distributivas difíciles*. Un principio de justicia es, por tanto, un método para asignar recursos tal que (a) esté fundado en un argumento convincente (consistente, coherente y basado en premisas plausibles), y (b) sea eficaz (capaz de generar reglas distributivas aplicables, compatibles entre sí, y que produzcan en conjunto un resultado aceptable de hecho). La condición (a) se dirige a que el principio de distribución esté racionalmente justificado; la condición (b) a que sea una buena herramienta de distribución, un principio que contribuya efectivamente a la estabilidad y la paz social.

Nuestro propósito ahora es aproximarnos a un principio aplicable a la cuestión del *nivel de gasto sanitario* que debería adoptar una sociedad justa. Para lograr esto, lo primero es contar con cierto conocimiento básico sobre la economía de la salud (que especifica la condición de "moderada escasez") y, segundo, analizar desapasionadamente los principios de justicia sanitaria, para verificar si lograrían o no justificar racionalmente las decisiones distributivas difíciles que nuestra sociedad ha de realizar, y en concreto, qué propondrían como "nivel justo de gasto".

La conclusión que anticipo es que principios como la santidad de la vida humana, la asignación en función de la necesidad, y otros derivados de la ética médica, son completamente inútiles para determinar el nivel de gasto sanitario, el tipo de sistema de salud, y otras decisiones sociales semejantes. Y serían contraproducentes si llegaran a aplicarse como principios políticos.

La economía de la salud

La economía de la salud no es, en principio, diferente de la economía de cualquier otro bien.

---

2 Sobre las "circunstancias de la justicia", tal como fueron expuestas por Hume, véase D. Hume, *A Treatise of Human Nature* (Oxford, 1888; ed. de L. A. Selby-Bigge), libro iii, parte ii, cap. ii, p. 486-8. El filósofo escocés se refirió a "la escasez que caracteriza nuestras circunstancias externas", y "la inclinación hacia uno mismo (egoísmo) que caracteriza nuestro natural temperamento".

Un ejemplo puede servir para reflexionar sobre nuestra actitud hacia la salud. Normalmente defendemos, y decimos, que la salud es lo primero, que la salud no se compra con dinero, y cosas por el estilo. Esto es verdad *casi siempre*. Es cierto que cuando sentimos un dolor muy fuerte, no podemos hacer nada, ni pensar en nada, hasta que conseguimos suprimirlo; y lo mismo cuando nos aflige una enfermedad grave de la que somos conscientes, o un malestar muy invalidante –entonces adquieren su triste y verdadero sentido las palabras "daría todo lo que tengo por recobrar la salud". Pero la cosa no está tan clara cuando se trata de un mal leve o pasajero, o una molestia crónica. En estos casos, nuestras actitudes demuestran que no creemos que la salud sea lo más importante. Para que el ejemplo sea más claro, situémoslo en un campo de la salud que no cubre la seguridad social española. Imaginemos una persona que tiene varias piezas dentales deterioradas: esto le produce algunas incomodidades, y cierta ansiedad, pues sabe que puede llegar a causar males mayores. Esta persona carece de salud en un sentido no trivial. Encontraríamos natural que esta persona decida suprimir sus vacaciones de este año para poder costearse un tratamiento completo y recobrar en lo posible la salud dental. Pero tampoco nos extrañaría mucho lo contrario. En el primer caso, la salud dental se valora por encima de las vacaciones; en el segundo, se valora más el viaje, el descanso, el tener algo que contar a los amigos, etc.

Lo que este ejemplo muestra es que en muchas ocasiones cambiamos la salud por otros bienes. Entre la mejora de salud que nos pueden proporcionar los profesionales sanitarios y otros bienes, no siempre elegimos lo primero cuando no podemos permitirnos ambas cosas.

Uno de los indicadores de salud más citados es la esperanza de vida al nacer. Se supone que tener una elevada esperanza de vida significa que la gente tiene, en promedio, vidas mejores (y no solo más largas), porque la confianza en que vamos a vivir más tiempo influye en nuestra calidad de vida. Si esto es así, dado que sabemos que los accidentes de tráfico son la principal causa de muerte de jóvenes entre veinte y treinta años, y por tanto un factor que disminuye la esperanza de vida (y ciertamente afecta a la salud de los que fallecen o quedan inválidos por accidentes), la actitud coherente sería no usar automóviles, o usarlos tan poco como fuese posible, o prohibirlos para las personas en esa edad. Sin embargo, siendo conscientes del peligro, la mayoría de nosotros preferimos el automóvil a otros medios de transporte. Es decir, preferimos la comodidad, la independencia o la sensación de libertad, a la salud. Literalmente nos jugamos la vida, eso que tanto apreciamos, alegremente, a cambio de llegar un poco antes; o de llegar más tarde, pero conduciendo un automóvil.

Todas estas son transacciones económicas. No somos irracionales; somos seres económicos. De cada actividad, o hábito, o acción individual,

derivamos un cierto beneficio o utilidad, y decidimos realizar aquella que nos proporciona una utilidad mayor. Cuando preferimos conducir aunque eso disminuya un poquito nuestras oportunidades de llegar a viejos, estamos reconociendo que disminuir en algunas milésimas la probabilidad de sufrir un accidente, tiene *menor valor* para nosotros que el hecho de conducir (literalmente cambiamos una vida más segura, por otra más arriesgada; con ello revelamos que la segunda *vale más* para nosotros). Esto es completamente natural. En realidad *todas* nuestras actividades son transacciones de este tipo: deseamos tener una vida larga y saludable, pero no a cualquier precio. Hacemos muchas cosas que suponen un riesgo sencillamente porque no es verdad que la vida en sí misma nos importe absoluta e incondicionalmente más que cualquier otra cosa. Como dice el famoso chiste: "Doctor, ¿y entonces, si dejo el tabaco, el alcohol, el sexo, la sal, la grasa y el azúcar, me asegura que viviré mucho?", y el médico responde "–Pues no lo sé... pero *le aseguro* que se le va a hacer muy largo"[3].

De manera que individualmente no estamos siempre dispuestos a sacrificar cualquier cosa por tener salud, o por disminuir el riesgo de perderla –al menos a partir de cierto grado suficiente de bienestar.

Esto se explica fácilmente con un concepto económico clave para entender lo que diremos después sobre el gasto sanitario. Se trata del concepto de **utilidad o beneficio marginal decreciente.**

Una de las ideas fundamentales del análisis económico es que el beneficio, o utilidad que nos proporciona cualquier tipo de bien o servicio (o cualquier actividad), disminuye con la cantidad del mismo que ya disfrutamos. Esto se aplica prácticamente a todo. Implica que estaremos dispuestos a "pagar" menos por cada unidad adicional de un bien (quien tiene mucha sed, daría lo que fuera por un vaso de agua, algo menos por el segundo, menos por el tercero y, una vez saciado, ya no querría más agua aunque se la regalaran; eso refleja que la utilidad, o beneficio, para él de cada sucesivo vaso de agua es menor que la utilidad del anterior). Llegado cierto punto, más cantidad de ciertos bienes o servicios puede resultar incluso en un perjuicio.

El beneficio marginal se puede ilustrar, por tanto, mediante una curva descendente en un eje de coordenadas que representa, en la abscisa (*y*), una medida arbitraria de la utilidad o beneficio, y en la ordenada (*x*), la cantidad de bienes. La tendencia descendente de la curva significa que cada unidad de bien tiene una utilidad, o beneficio menor.

3 Mucho menos chistosa, aunque más elocuente, resulta la frase que se encuentra en el diario de Alison Hargreaves, una de las alpinistas más grande de todos los tiempos, famosa por sus escaladas intrépidas en los Alpes y el Himalaya: "prefiero vivir un día como un tigre que cien años como un cordero". La escribió, como respuesta a quienes criticaban su temeridad, poco antes de emprender en solitario la subida al K2, la segunda montaña más alta del mundo. Alison Hargreaves murió,

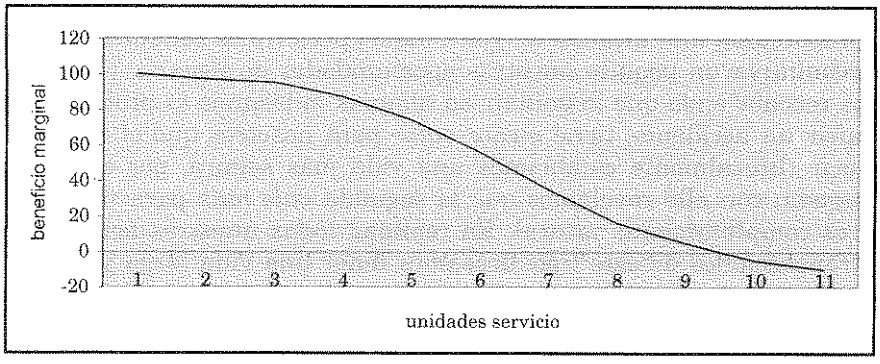

Gráfico 1

El gráfico incluye "beneficios negativos" a partir de la hipotética unidad 10 de servicio. Es para mostrar más fielmente la naturaleza de los *servicios de salud*, que efectivamente pueden producir un perjuicio neto cuando son excesivos.

La curva descendente puede representar varias cosas. Por ejemplo, la utilidad que para un individuo tienen "unidades" de salud, o "unidades" de servicios médicos: la primera unidad tiene una utilidad de 100, la segunda de 95, la séptima menos de 50 y la décima literalmente no tiene ninguna utilidad (podemos imaginar que esa unidad significaría, digamos, un análisis de sangre innecesario, o una exploración mensual en vez de anual para una persona sana, etc.).

Podría también representar el *beneficio social* del servicio de salud. La unidad uno equivale a los servicios de salud básicos y cada unidad adicional significa más y mejores servicios, hospitales, personal, etc. La curva indicaría que cada incremento en el sistema produce un beneficio, sin duda; pero cada vez más pequeño, hasta desaparecer por completo (la unidad diez significaría en este caso, por ejemplo, un ambulatorio extra cuando ya hay suficientes, o un incremento innecesario de camas hospitalarias, o algo así).

Lo que muestra el gráfico es algo que resulta intuitivamente cierto y que ha sido confirmado por experimentos y estudios sociales desde los años setenta, a saber: la presencia de servicios de salud básicos allí donde antes no existían, produce un enorme beneficio social (mensurable mediante los índices habituales); la ampliación y extensión de esos servicios, y la presencia de servicios médicos especializados, con mejor formación, etc. sigue produciendo grandes beneficios, aunque estos van

en efecto, en aquella ascensión. Se sospecha que hizo cumbre y una tempestad la sorprendió, ya exhausta, en la bajada.

disminuyendo. A partir de cierto punto, el incremento de servicios (el aumento del número de visitas anuales al médico, el aumento de las rutinas y terapias preventivas, el aumento de camas de hospital, etc.) produce mejoras cada vez menores, hasta el punto de que estas llegan a ser insignificantes. Hay una multitud de estudios que revelan hasta qué punto son inútiles algunas de las demandas de servicios de salud de los pacientes norteamericanos (los más opulentos del mundo). Las personas que tienen buenos seguros médicos pueden demandar muchas más exploraciones preventivas de las que son necesarias. Así se les presta un servicio que, aunque de cierto valor –porque puede incrementar en una cifra diminuta, pero positiva, la probabilidad de detectar una enfermedad– realmente añade poquísimo, en términos globales, a la mejora de la salud individual o del grupo, mientras que su coste es el mismo que si se tratara de una exploración verdaderamente necesaria.

El gráfico también refleja, como decíamos, que cuando los servicios de salud son excesivos pueden en efecto causar un perjuicio. Por ejemplo, en Estados Unidos se da el fenómeno de la "medicina defensiva", que lleva a los médicos a practicar pruebas que saben que son inútiles, simplemente para evitar litigios. Imaginemos pruebas que ocasionan molestias o dolor a los pacientes, y les hacen perder tiempo. En este caso, la medicina ha perjudicado literalmente la salud, entendida en sentido amplio tal como la define la OMS, y, por tanto, ha causado un *perjuicio* social neto.

Muchas veces son los propios pacientes quienes, en un intento por obtener más servicios, dado que están cubiertos por un seguro (sea privado o público), demandan servicios inapropiados, o realizan visitas superfluas al médico, o a la sala de urgencias. Ocasionalmente pueden obtener un beneficio psicológico, lo cual tal vez justifica el coste social de atenderles; pero hay veces en que lo único que consiguen es aumentar su ansiedad y perder tiempo, y en ese caso se puede decir que *el sistema que fomenta esa clase de demandas* es mejorable. Cabe imaginar un sistema en todo igual al anterior, pero que no fomentase este tipo de demandas (por ejemplo, siendo menos opulento o generoso); tal sistema produciría claramente más salud (más beneficio social).

Normalmente, cada uno de nosotros *decidimos* cuándo el beneficio de una unidad adicional de un bien justifica el gasto de obtenerla. Así decidimos con naturalidad si merece la pena ir al dentista o irse de vacaciones, si es preferible viajar en automóvil o tomar el tren, si por un simple constipado merece la pena perder tiempo en la consulta del médico o no, etc.

Esta decisión la explican los economistas diciendo que consumiremos una unidad adicional de un determinado bien o servicio hasta que el beneficio y el coste marginal se igualen. Nadie hace este cálculo, obviamente, pero nuestro comportamiento se adecua en general a esa regla.

Cuando un bien, servicio o actividad, nos proporciona gran utilidad, estamos dispuestos a incurrir en un coste proporcionalmente alto (de hecho tal alto como la utilidad que prevemos que vamos a obtener), pero conforme disfrutamos más unidades de ese bien, la utilidad marginal disminuye, mientras que el coste sigue siendo el mismo. Así, llegará un momento en que la siguiente unidad del bien o servicio, nos proporcione una utilidad *inferior* a lo que nos cuesta, y la encontraremos, con toda razón, demasiado cara. En ese punto, dejaremos de consumir el bien o servicio en cuestión. Allí donde el coste y el beneficio marginal se igualen, se marcará el límite de lo que consideramos racional consumir: sean dos, tres o siete unidades del bien, servicio o actividad de que se trate.

Pero, ¿cómo decide la sociedad cuándo el beneficio de una unidad adicional de un bien tan importante como la salud (o los servicios médicos) justifica que *todos* la financiemos?

Lo cierto es que la sociedad lo tiene difícil para tomar esta decisión, porque está condicionada por elevadas exigencias de los ciudadanos y actitudes individuales no cooperativas. En consecuencia, la decisión social diverge de lo que una persona consideraría razonable para sí misma, veamos por qué.

Ineficiencia en la provisión de servicios de salud

El análisis que acabamos de exponer es habitual en economía porque capta la idea intuitiva de que, si pensamos económicamente e intentamos sacar el máximo partido de nuestros (limitados) recursos, dejaremos de dedicarlos a un cierto objetivo cuando el beneficio que esperamos obtener es inferior a los recursos que estamos comprometiendo (lo que nos cuesta). La razón profunda de esto es que los conceptos "beneficio" y "coste" son relativos –tienen sentido sólo en relación uno con el otro. Decir que algo nos proporciona un gran beneficio es una manera de decir que estaríamos dispuestos a renunciar a gran cantidad de otras cosas para tenerlo. Si decimos que algo nos ha "costado poco", estamos diciendo que estábamos dispuestos a haber pagado más por lo mismo (habríamos aceptado un coste mayor, para el mismo beneficio). La idea de beneficio y coste supone siempre esa comparación. Pues bien, decir que el coste marginal de algo (un bien *x)* es superior a su beneficio marginal significa que los recursos que se necesitan para obtenerla nos parecen más que el beneficio que derivamos de ella; en consecuencia, preferimos dedicar esos recursos a otra cosa (o bien ahorrarlos, convencidos de que tendremos oportunidad de transformarlos en un beneficio mayor en el futuro).

Esto nos ayuda a tomar decisiones sobre *el nivel de consumo o de producción* de cada bien o servicio. Ahora bien, lo que los individuos hacen naturalmente, las sociedades (sean sociedades políticas o empresas) lo tienen que hacer mediante un análisis formal de los costes y beneficios

de cada decisión. En teoría, al igual que los individuos deciden cuándo merece la pena ir al médico por un constipado, o irse de vacaciones en vez de al dentista, la sociedad debería decidir si merece la pena invertir en un nuevo hospital, dado que existe uno infrautilizado en la provincia de al lado; si es preferible invertir en formación de enfermeros o más bien en la construcción de una nueva autovía, etc. La sociedad será inteligente si logra asignar los recursos a lo que nos proporciona a *todos* una mayor utilidad –y será torpe si gasta grandes recursos en producir un beneficio insignificante simplemente porque es un beneficio de un determinado tipo, por ejemplo sanitario.

Ahora bien, el análisis económico nos enseña que en relación a los servicios de salud, la sociedad no es inteligente en sentido económico. La razón se puede mostrar con el siguiente gráfico, que añade a la curva de beneficio marginal (decreciente) dos líneas horizontales que representan (idealmente) el coste social e individual de los servicios de salud. La línea del coste individual es la inferior pues, como los individuos están asegurados, la parte del coste que ellos perciben es muy pequeña[4].

Coste social e individual

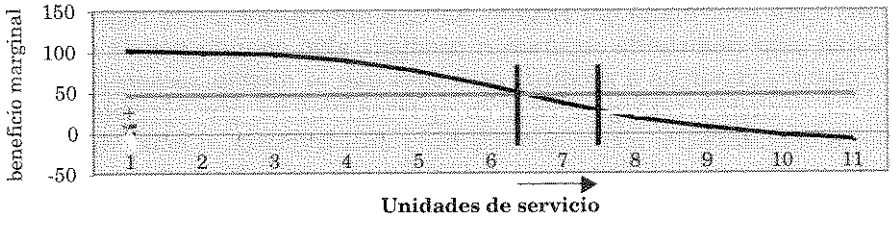

Gráfico 2

El gráfico muestra que mientras que, dado el beneficio que producen, para un individuo es racional consumir (y por tanto demandar, o intentar que se produzcan) siete unidades de servicio, lo socialmente óptimo sería producir menos de seis unidades (esto lo marcan las líneas verticales, perpendiculares a los puntos en que coste y beneficio marginal se igualan para el individuo y para la sociedad respectivamente).

Lo que ocurre es que la sociedad al fin y al cabo es un conjunto de personas que ven racional demandar y consumir siete unidades, dado el

4 Sin embargo, no es "0", ya que incluso en un sistema en que el seguro cubre "todo" el servicio, hay algún coste para el usuario: ha de hacer una llamada para pedir cita, ha de desplazarse al ambulatorio, ha de pedir unas horas en su trabajo. Esas incomodidades y ese tiempo son el "coste" del servicio para el usuario en un sistema como el español. A esto habría que añadir las partes del coste que no cubre la seguridad social, como parte del precio de las medicinas prescritas o los servicios excluidos.

coste que les supone y el beneficio que esperan obtener de ellas. Estas personas exigirán, a través de mecanismos políticos[5], que la sociedad produzca efectivamente siete unidades de servicio, a pesar de que el beneficio (social) de todo lo que se produce entre las dos barras verticales es inferior a su coste (para la sociedad). El desplazamiento que señala la flecha (un incremento en la producción y consumo) representa una ineficiencia, porque se dedican recursos a producir algo cuyo beneficio es inferior a su coste.

El significado de esta distorsión no debe despreciarse. Influye real y constantemente en la provisión de servicios públicos como la salud. La demanda excesiva de servicios provocada por el bajo coste percibido por los individuos es muy real, y además se plantea, no como un simple deseo de consumo (aunque también), sino como un derecho[6]. La demanda de servicios de salud, amparada en el derecho constitucional a la salud[7], obliga a los poderes públicos a responder positivamente, de modo que la tendencia es a aumentar la provisión de servicios de salud más allá del óptimo social.

Por otro lado, cuando decimos que la cantidad de servicios de salud está más allá del óptimo social no hay que interpretar esto como una opinión de los economistas, o de los políticos liberales que desean reducir a toda costa el tamaño del Estado. Es una descripción de la realidad: la sociedad está dedicando recursos a producir algo cuando podría dedicar esos mismos recursos a producir otra cosa que *la misma sociedad* valora más. La sociedad está perdiendo la oportunidad de, por ejemplo, tener mejores carreteras, o mejor investigación universitaria, o más educación básica, o más ordenadores en las aulas, *sin comprometer sustancialmente su salud pública, tal como la entienden sus miembros*. Hablar del óptimo social no tiene nada que ver con reducir el Estado. Hablamos de cómo asignar mejor los recursos disponibles. No de reducir esos recursos.

Esto quizá se vea mejor si pensamos en el caso de una persona individual o una familia. Supongamos que en un sistema de seguro médico

5 Esto es independiente de que el sistema se salud sea público o privado, ya que la diferencia entre el coste individual y social se produce igualmente en ambos sistemas, dado que se trata de sistemas de *seguro*, en que el individuo no paga directamente los servicios, sino un derecho genérico a consumirlos (mediante sus impuestos o su póliza). La única diferencia es que en un sistema privado las demandas no son políticas, sino de consumo en el mercado.

6 Esta es la diferencia entre los seguros de salud y los seguros de, por ejemplo, automóviles. También estos seguros hacen que consumamos, en general, más servicios de reparaciones que si no estuviéramos asegurados. Pero no nos creemos con un derecho ilimitado a usar los talleres, y nos parece natural que el precio de las pólizas suba cuando crece la siniestralidad.

7 Aunque sea una verdad de Perogrullo, hay que decir que un derecho constitucional a la salud *no implica lógicamente* un derecho a servicios médicos gratuitos. Sobre todo si se encuentran correlaciones científicamente probadas que relacionan la salud más con hábitos de vida (higiene, nutrición, ejercicio físico) y medidas preventivas que con el nivel de servicios médicos. El artículo 43 de la Constitución Española dicta que la protección de la salud debe garantizarse mediante todo tipo de medidas, entre las que se enumeran los "servicios necesarios", pero también medidas preventivas, etc. Volveremos sobre este punto.

privado se le ofrecen a una familia dos pólizas: una que cuesta mil euros anuales y cubre todos los servicios *menos* una serie de tratamientos que la compañía considera "de lujo" o "extravagantes" –por ejemplo, cuidados intensivos indefinidos cuando se han producido daños cerebrales irreversibles, o transplantes de hígado a enfermos alcohólicos a partir de cierta edad, operaciones de cambio de sexo, tratamientos para elegir el color de los ojos de la descendencia–; otra cuesta cuatro mil al año, pero sí incluye esos tratamientos. Supongamos además que se trata de una familia con una renta media (ni millonaria ni indigente). Esos tres mil euros extra cada año pueden suponer prescindir de vacaciones por el resto de su vida, mientras que los tratamientos extraordinarios por los que estarían pagando simplemente podrán alargar sus vidas, en el mejor de los casos, unos meses o años, y eso si llegan a necesitarlos, cosa sumamente improbable. No es descabellado suponer que esa familia comprará la primera póliza y se irá de vacaciones cada año, o comprará ordenadores para los chicos, o se abonará a un club de fútbol. Sin embargo, como sociedad muchas veces lo que hacemos es "comprar" la póliza cara. Nos aseguramos ciertos lujos sanitarios, pero eso no significa necesariamente que nuestro bienestar global haya aumentado.

Este problema fue analizado con extremo detalle en uno de los experimentos sociales más completos realizados en la historia. Fue organizado por RAND[8] en Estados Unidos y duró seis años. Durante este tiempo, se comprobó cómo influía en el gasto sanitario el hecho de que las personas hubieran de pagar diferentes proporciones de sus facturas médicas. Se asignó a varios grupos de familias seguros médicos privados con distintos sistemas de cobertura, desde la cobertura total, en que la póliza da derecho a servicios ilimitados, a las fórmulas con altas "franquicias", en que el asegurado paga una parte de la factura, por ejemplo el 70%, el 50%, o el 25%, (hasta cierto límite máximo de gasto anual, a partir del cual, el seguro cubre todo el coste excedente).

El descubrimiento más incontestable del experimento fue que el uso de los servicios médicos responde inequívocamente a la cantidad de dinero que hay que pagar por servicio (pese a que la cobertura del seguro cuando se supera la "franquicia" es siempre completa)[9]. Los investigadores descubrieron que los gastos sanitarios totales del grupo con cobertura ilimitada (aquellos que no tenían que pagar nada de su bolsillo) habían sido un 45% más que los gastos de otros grupos. Esto era ciertamente lo esperado.

---

8 RAND (Contracción de "Research AND analysis") es una organización pública de investigación. Inicialmente ligada a las fuerzas aéreas estadounidenses, hoy sus investigadores se ocupan en proyectos de investigación básica sobre todo tipo de temas de interés público.

9 Cfr., Newhouse, 1993, p. 40.

Lo que no era tan esperado es que los resultados de los distintos grupos, en términos de salud, no se diferenciaban en absoluto[10]. Es decir, el índice de salud y de satisfacción de los pacientes, era prácticamente el mismo con cualquiera de los tipos de seguro. La investigación concluyó que, para la persona media, no había ningún beneficio *sanitario* sustancial por tener medicina gratuita, frente a tener un seguro con una franquicia anual[11].

Como consecuencia del estudio, sus autores concluyeron que el tipo de seguro ideal (dentro del esquema estadounidense de seguros privados en que la compañía aseguradora paga al médico u hospital que el asegurado elija por los servicios prestados) sería aquel que hiciera pagar al asegurado alrededor de un 25% de las facturas, hasta un máximo anual. Este tipo de seguro logra que el participante se haga consciente, "internalice" como se dice en economía, el coste del servicio que está demandando.

Desde luego que una propuesta como la de RAND no es aplicable en España, dado el arraigo de nuestro sistema de Seguridad Social, y las muchas ventajas que el mismo tiene, y de las que hablaremos más adelante[12]. Así pues, nuestro sistema no tiene un modo sencillo de hacer que los pacientes tomen conciencia del coste.

La crisis de la sanidad

¿Qué nos enseña el análisis económico de la sanidad? Básicamente que nuestro comportamiento individual es racional, *y precisamente por eso* nuestro comportamiento como sociedad no lo es. La sociedad es ineficiente porque produce ciertos bienes en exceso, al menos en comparación con los que las personas considerarían razonable producir *si tuvieran que pagar su coste completo.*

Ahora bien, esto por sí mismo no es particularmente problemático. Una ineficiencia económica tal vez sea el precio que hay que pagar para tener ciertos derechos garantizados, derechos que forman parte de lo que consideramos una sociedad justa. Así pues, *el hecho de que la sociedad sea ineficiente no indica que sea injusta.*

El análisis adecuado de servicios como la salud no es económico, sino político, y aunque la sociedad podría estar mejor (en términos de utilidad

10 Sobre la composición del complicadísimo índice que se elaboró para medir los resultados de salud y de satisfacción, cfr. Newhouse, 1993, p. 197 y ss.

11 Las diferencias que se apreciaron fueron totalmente marginales, por ejemplo, la sanidad gratuita mejoraba el tratamiento de la tensión arterial de pacientes hipertensos no diagnosticados y de rentas particularmente bajas. Con ello, la expectativa de vida de este grupo se incrementaba, con la sanidad gratuita, en una cierta medida. También mejoraba el tratamiento de niños con anemia entre pacientes de rentas bajas. Cfr. Newhouse, 1993, p. 243.

12 Tanto es así, que el sistema de seguro que se está imponiendo ahora en Estados Unidos, las HMO (Health Manteinance Organizations) son aseguradoras privadas que funcionan, esencialmente, como la seguridad social española, francesa o británica.

total o bienestar), quizá no desea estar mejor, prefiere estar un poco peor, pero con una provisión generosa de servicios de salud.

El análisis económico pasa a primer plano no por capricho o por casualidad, sino por una serie de circunstancias muy conocidas, que enumeraré rápidamente.

En las sociedades desarrolladas ha sido una constante histórica el aumento del gasto sanitario. No sólo el gasto total, que es lógico dado el aumento de la renta, sino también el gasto relativo: la proporción del producto interior bruto dedicado a los servicios de salud[13].

Las razones de este incremento son sobre todo el envejecimiento de la población (y el consiguiente aumento de las enfermedades crónicas) y el empleo de alta tecnología en los diagnósticos y tratamientos, así como la relativa generalización de intervenciones extraordinariamente costosas, como transplantes, nuevos fármacos, etc. A estas razones generales se suman ahora los tratamientos e investigaciones bio-tecnológicas, cada vez más sofisticados.

Todo esto no genera únicamente un aumento directo del gasto, sino también un aumento de las expectativas sobre el poder de la medicina y las ciencias de la salud, que induce a su vez mayores exigencias y mayor gasto.

Hasta ahora, una sociedad como la española ha absorbido el incremento del gasto sanitario, e incluso muchos opinan que este gasto es todavía insuficiente (se sitúa alrededor del 9% del PIB, menos que en la mayoría de paises de nuestro entorno).

El problema no es el nivel de gasto actual, sino la tendencia. Se puede decir que esa tendencia es crítica (es decir, conducirá a una crisis del sistema) si el incremento del gasto sanitario es consistentemente mayor que el incremento previsible del PIB. Si una tendencia así se mantuviera muchos años, el gasto sanitario acabaría por devorar *todo* el gasto público, lo cual además de absurdo sería contraproducente, pues a partir de cierto nivel, la carencia de recursos en otras áreas (como seguridad, educación, etc.) provocaría un malestar social incompatible con la salud.

Un investigador norteamericano ha calculado las tendencias en los países de la OCDE, contrastando datos disponibles de las últimas décadas, para comprobar qué sistemas de salud están en una tendencia insostenible[14]. España afortunadamente escapa por poco al patrón de la

13 Hay que advertir que el término "gasto sanitario" es arbitrario. Gran parte del gasto público tiene repercusión sobre la salud, y podría considerarse "sanitario". Por ejemplo, la educación influye decisivamente en la esperanza de vida, lo mismo que el tener buenas infraestructuras, seguridad ciudadana, y otros muchos servicios públicos que no se contabilizan como "servicios de salud".

14 Se trata de T. Shaw en su artículo "Identifying Health Care Cost Crisis in OEDC Nations", en Clark, C. y McEldonney, R. 2001, p. 5-34.

crisis. Gran Bretaña y Estados Unidos están en una tendencia insostenible (en Estados Unidos la sanidad consume ya el 14% del PIB, el 20% de la población carece de seguro médico, y nadie sabe qué hacer para contener el gasto).

Esta situación crítica plantea cuestiones más allá de lo económico, pues, como decíamos al comienzo, una sociedad que hipoteque su futuro no es que sea económicamente negligente, sino que quizá tampoco se puede considerar justa.

Así pues, la reflexión sobre el nivel de gasto justificable no es ni baladí ni simplemente económica. Es una parte de cualquier reflexión sobre las obligaciones de una sociedad justa.

Cómo reconocer el límite

El problema con que nos encontramos es precisamente que el *nivel de gasto* no solíamos verlo como problema. Los principios de justicia sanitaria se han basado en la ética médica, en tradiciones políticas como los derechos naturales, los derechos humanos e ideales como la igualdad. Las restricciones presupuestarias se veían como barreras dignas de ser rotas, no como circunstancias que hubiera que tener en cuenta.

Así, Ronald Dworkin ha podido decir que lo que él llama "el principio del rescate", que resume las ideas básicas comunes sobre la justicia sanitaria, sería totalmente inoperante como guía para establecer algún límite racional al gasto[15].

El *principio del rescate*, se descompone en dos sub-principios, que suelen concitar una gran adhesión: el primero afirma el valor supremo de la vida humana, un valor mayor que cualquier otro bien (y por supuesto mayor que el dinero o cualquier bien material); el segundo afirma que en la distribución de su ciencia, el médico (o el sistema sanitario) debe seguir la regla de la necesidad, sin importar otras circunstancias como la riqueza, el estatus social etc.

Estas ideas se inspiran en la ética médica, pero están presentes, de una forma u otra, en los códigos deontológicos de todas las profesiones sanitarias y, lo que es más importante, parecen estar asimiladas como principio jurídico-político de una sociedad justa por lo que se refiere a la salud.

Decimos "parecen" siguiendo a Dworkin porque, en efecto, aunque el principio del rescate concita una adhesión casi unánime, *no es el principio político-sanitario de ninguna sociedad actual*. La razón es que en las circunstancias demográficas y tecnológicas actuales, este principio podría llevarnos a situaciones directamente absurdas. Por ejemplo, podría

15 Cfr. Dworkin, 2000.

llevarnos a emplear recursos ingentes en mantener con vida a cientos de personas en estado vegetativo por tiempo indefinido (tal sería la consecuencia lógica de considerar que la vida tiene un valor mayor que cualquier precio). E incluso a dedicar muchísimos recursos a la investigación sobre ese tema, ya que no importaría el gasto si el objetivo es alargar la vida –y, ciertamente, postulada una inversión sin límites, es previsible que se pudieran desarrollar o mejorar tecnologías que incrementaran la supervivencia de muchos pacientes, aunque fuesen incrementos pequeños. Pero hay que establecer prioridades de investigación y de inversión, y manifiestamente mantener con vida a cualquier costa a ancianos vegetativos no es una prioridad de ninguna sociedad. Los recursos, siempre limitados, se dedican más bien a proteger y tratar enfermedades que pueden curarse, que pueden mejorar la calidad de nuestra vida cuando el pronóstico es razonable y se prevé estadísticamente una supervivencia larga y de una calidad suficiente. ¿Es esto inmoral?

Según el principio del rescate podría serlo.

Las sociedades no siguen, al establecer sus prioridades sanitarias, el principio del rescate, pero no por ello son inmorales o injustas. En parte, el principio del rescate no se puede seguir porque es incapaz de decir nada sobre el nivel adecuado de gasto; todo gasto es insuficiente según el principio (ya que siempre un poco más de gasto podría justificarse porque tendría *alguna* incidencia en la vida de alguien). Sí parece que podría decir algo sobre cómo distribuir el gasto: en función de la necesidad. Pero esto resulta poco interesante si no hay un criterio de definición de esa necesidad: si prolongar las vidas es siempre sumamente valioso, si todas son siempre un objeto precioso e innegociable, ¿cómo decidir entre salvar a un niño de un mal con buen pronóstico o alargar la vida de un enfermo terminal, si fuera imposible hacer ambas cosas?

Lo cierto es que los profesionales sanitarios saben muy bien cómo tomar estas decisiones; las toman desgraciadamente todos los días. Asignan recursos escasos según la necesidad tal como ellos la interpretan y de este modo son responsables del necesario *racionamiento* de los servicios y recursos médicos.

Esto se hace de acuerdo con saberes ancestrales, y de acuerdo con la sensibilidad y experiencia personal de cada profesional; quizá es el mejor modo de hacerlo.

Pero volvemos a la diferencia entre las capacidades individuales y las instituciones sociales. Lo que cada profesional puede hacer en su trabajo cotidiano, gracias a su saber y experiencia, la sociedad no tiene cómo hacerlo. "La sociedad" no tiene ni una ética profesional ni una experiencia humana directa de la necesidad, el dolor y la vida. Como sociedad no podemos confiar en intuiciones, sino que deberíamos tener un principio

político racionalmente fundado, y la mera afirmación del valor superior de la vida humana no sirve.

Dworkin propone, en el trabajo citado, un principio alternativo. Lo llama el *principio del asegurado prudente*; enseguida veremos por qué. La idea no es resolver los problemas concretos de asignación de recursos, pero sí al menos tener una teoría general que sirva para interpretar, en el nivel teórico-político, qué hacemos cada día cuando asignamos de hecho los recursos escasos del sistema. Y lo que la propuesta de Dworkin nos ofrece es una justificación, a mi juicio plausible, de los límites del sistema: tanto el límite de lo que una sociedad justa ha de dedicar a los servicios de salud públicos, como el hecho de que en ocasiones hay que asignar recursos escasos ante demandas incompatibles.

El principio del asegurado prudente

Dworkin parte de que una sociedad justa debe tratar a sus ciudadanos con el mismo respeto y dándoles a todos las mismas oportunidades. La igualdad significa para él igualdad de derechos y de recursos, dentro de lo posible (es claro que la sociedad no puede igualar a personas en sus capacidades intelectuales o físicas)[16].

En consecuencia, defiende un sistema público de salud, que es el único que garantiza esa igualdad. Ahora bien, ¿cuánto debe dedicar la sociedad a mantener ese sistema?

Para responder con sentido a esta pregunta, Dworkin parte del análisis económico que hicimos antes. Puesto que los individuos son más eficientes para determinar qué parte de la renta total merece la pena invertir en salud, la decisión social debería tener en cuenta ese saber intuitivo. De este modo se evitaría la distorsión de la sobre-producción de los bienes públicos y, tal vez, la tendencia a la crisis del sistema.

Ahora bien, el hecho de que las personas sepan de modo intuitivo cuánto merece la pena invertir en salud no quiere decir que podamos, sin más, fiarnos de lo que realmente gastan, o de lo que dicen que gastarían. Ello es debido a una miríada de razones: las terribles desigualdades reales de renta, el carácter especial de los servicios sanitarios[17], la es-

16 Esta visión política fue formulada en *Taking Rights Seriously* (1977) y matizada después en múltiples obras y artículos.

17 Los servicios de salud no se parecen a otros bienes por muchas razones. Para empezar, algunos servicios de salud tienen el carácter de "bien público puro". Esto pasa con las vacunas, por ejemplo, o con la recogida de basuras: si todo el mundo se vacuna y se erradica una enfermedad, entonces todo el mundo se beneficia, haya pagado o no el coste de la vacuna; si la ciudad se mantiene limpia, hay menos infecciones, tanto para el que paga su contribución urbana como para el que defrauda. Además, los servicios de salud son difíciles de comparar, dado que implican conocimientos especializados. Las personas tienden a verlos como indiferenciados. También tienden las personas a temer irracionalmente los riesgos para la salud, ya que no es fácil traducir las cifras estadísticas a datos para las decisiones de la vida cotidiana. Normalmente percibimos que "necesitamos" más cobertura sanitaria de la que realmente es razonable.

tructura del mercado de la sanidad[18], el hecho de que en él predominen los seguros[19], y otras.

Nada lograríamos observando a la gente o preguntándole cuánto cree que es razonable gastar en salud: un millonario dirá una cosa, un indigente otra; una persona sana tendrá una opinión, mientras que los enfermos crónicos, o quienes temen razonablemente que van a sufrir una enfermedad hereditaria tendrán otra muy diferente.

Es necesario, por tanto, recurrir a un experimento mental. Pero veremos que nuestra experiencia real sí nos puede ayudar a diseñar el experimento de modo que arroje un poco de luz sobre esta cuestión.

Cuando pensemos en lo que debe hacer una sociedad justa podemos imaginar qué haría una persona prudente en condiciones ideales. Qué consideraría *razonable* una persona en una situación no distorsionada. Esa situación sería una situación de igualdad de recursos (y, por tanto, en la que el Estado garantizaría que las compañías aseguradoras no pueden discriminar a las personas), de transparencia informativa y de ausencia de fraude. Imaginemos que en esta situación un persona "normal" (sin preferencias extravagantes, como ser crio-conservado, o cambiar de sexo cada dos años, y cosas así) ha de tomar una decisión sobre el seguro médico que desea comprar, dada la renta de que dispone.

Este recurso nos permite hacernos una idea de los servicios que debe cubrir una sanidad pública en una sociedad justa. Una sociedad justa es la que respeta a cada miembro, por eso este recurso heurístico se basa en lo que las personas (representadas por ese "asegurado prudente" ideal) querrían.

Podemos ponernos en el lugar de ese ficticio, aunque representativo, "asegurado prudente". En su situación ¿qué tipo de cobertura mínima desearíamos?, ¿cuánto más estaríamos dispuestos a pagar por, digamos, garantizarnos habitaciones individuales en los hospitales?, ¿preferiríamos tal vez pagar menos anualmente, con la opción de cubrir la diferencia, si así lo deseamos, en el momento de ingresar en el hospital?, ¿pagaríamos más para tener siempre cubierto el riesgo de enfermedad derivada de una adicción, o preferiríamos ahorrar dinero y evitar las sustancias adictivas, asumiendo, claro, el riesgo de llegar a sufrir una adicción y sus consecuencias?

---

18 Por razones obvias, el mercado de la sanidad es rígido (sólo profesionales titulados y autorizados pueden ejercer), opaco (no suele darse información fiel sobre los resultados de los tratamientos de cada médico u hospital, y tiende al monopolio (si ya hay un hospital en el vecindario, nadie asumirá la inmensa inversión que supondría construir otro al lado).

19 En los sectores donde predominan los seguros se produce lo que los especialistas llaman el "azar moral": la tendencia de los consumidores a demandar más servicios de los que necesitan, porque sienten que "ya han pagado por ellos". Esto produce a su vez que las pólizas hayan de ser innecesariamente elevadas, ya que han de calcular este exceso de coste para el asegurador.

Dworkin conjetura que una persona prudente podría optar por pólizas que no cubriesen determinados tratamientos. Por ejemplo, aquellos encarnizamientos terapéuticos que tienen escasísima incidencia en la calidad de vida de los pacientes. Es sencillamente irracional invertir demasiado en asegurar, frente a un riesgo improbable, un beneficio relativamente pequeño. En todo caso, este principio nos podrían orientar sobre lo que debería cubrir un seguro universal justo.

Lo importante de este principio es que ciertas limitaciones en la cobertura del sistema público de salud no se verían como compromisos, o renuncias a las "verdaderas" exigencias de la justicia, sino precisamente como derivadas de un principio de justicia. Una sanidad pública limitada según el principio del asegurado prudente sería expresión de la auténtica justicia social (de lo que una sociedad considera razonable en las circunstancias); mientras que el exceso de cobertura se vería tan injusto (tan irracional) a la luz del principio, como lo contrario.

El recurso al "asegurado prudente" no es la panacea, desde luego. No soluciona todos los problemas ni puede suplantar al debate político. Pero sí nos invita a reflexionar de un modo diferente sobre lo que es racional, y justo, para una sociedad que pretende tratar igualmente a sus ciudadanos, cubrir sus necesidades, y hacerlo respetando la libertad y la autonomía de todos ellos.

Además, este modo de pensar tiene una virtud que no tienen otros principios ideales de justicia, y es que puede operacionalizarse parcialmente. Me explico: un principio de justicia responde a una idealización, y su aplicación a la práctica ha de hacerse mediante leyes y decisiones concretas, que se apartan más o menos del ideal. Normalmente es difícil extraer de la realidad datos fiables sobre el grado de cumplimiento del principio. El principio del asegurado prudente es en gran medida así: siempre será discutible si las instituciones de una sociedad responden o no al principio. *Pero* en este caso hay una posibilidad de obtener indicadores empíricos sobre su cumplimiento.

Nuestra sociedad claramente no es la sociedad igual y transparente en que asegurados prudentes compran la póliza más racional, pero en nuestra sociedad sí hay nichos de aproximada igualdad en renta e información. Pensemos en la población de clase media, en una sociedad avanzada, con niveles medios y altos de educación, y en un marco económico de mercado. Esto no es un experimento mental; es una situación social real. Estas personas están protegidas por un sistema público de salud, como corresponde a una sociedad que pretende ser justa. Pero también existen seguros médicos privados a su disposición. Podemos observar si, a pesar de la cobertura del seguro público, muchas, algunas o todas las personas de este grupo compran seguros privados, o si los compran sólo en determinadas épocas de su vida, o sólo para ciertas eventualidades,

etc. Esta información puramente empírica nos puede ayudar a valorar la adecuación del sistema público a los deseos del asegurado prudente.

Como decía, esta verificación tiene límites. Hay eventualidades que ningún seguro privado cubre, así que en ese campo no observaremos ningún dato útil. Y claramente el nivel de renta, incluso en el marco aproximadamente igual de la clase media, influye en este tipo de decisiones. Pero así y todo, es un indicador. Si la clase media suscribe en masa un determinado tipo de seguro médico, y decide incurrir en un gasto extra en salud, a pesar de estar pagando impuestos para sostener el sistema público, claramente eso es un indicio de que el sistema público es insuficiente.

El principio del asegurado prudente llama la atención sobre el nivel razonable de gasto sanitario, medido por la prudencia y autonomía de una persona media, en un hipotético entorno exento de desigualdades radicales. Este principio ofrece un criterio plausible de justicia social, y permite analizar bajo otra luz iniciativas públicas que, de acuerdo con el principio del rescate y otros principios derivados de la ética médica, tendemos a ver, tal vez sin razón, como totalmente injustas, e incluso inhumanas.

El principio del asegurado prudente no es el único candidato disponible para sustituir al inoperante principio del rescate. Sin duda habrá otras propuestas que pueden representar el ideal social en la distribución de los servicios de sanidad *sin asumir principios maximalistas*[20]. Lo importante aquí es señalar que la devoción al principio del rescate, que puede muy bien orientar la vida personal de muchos profesionales, no está ni puede estar indiscutiblemente justificada como principio político.

Dicho esto, nos detendremos ahora en dos consecuencias inmediatas de un principio como el del asegurado prudente para la política sanitaria de nuestro país. La primera es que el sistema de provisión de seguro de salud más justo es un sistema público. La segunda, que ese sistema requerirá racionar los servicios sanitarios y, por lo tanto, ha de contar con principios justos de racionamiento. Al discutir estas dos cuestiones, nos adentramos en algunos de los aspectos más cuestionables de la actual política sanitaria española.

20 Austin (2001) revisa varias propuestas de teorías de la justicia aplicadas a la sanidad. Personalmente, creo que el contractualismo, por ejemplo, ofrecería un criterio sustancialmente equivalente al del principio del asegurado prudente. Otros enfoques, como el de Walzer, enfatizarían la necesidad como criterio de distribución, y su resultado estaría probablemente más cerca del principio del rescate. El utilitarismo es posiblemente la doctrina moral que subyace a los intentos de "racionalizar" el gasto sanitario intentando llevar el análisis de costes y beneficios al campo de la medicina, tal como se ha hecho en Gran Bretaña.

¿Sanidad pública o privada?

Quizá no se ha enfatizado lo suficiente que el tipo de sanidad que justifica el principio del asegurado prudente es pública, y no privada. Voy a dar sólo dos argumentos muy simples para esta preferencia, e inserto en el primero de ellos, se dirá algo, además, sobre el criterio distributivo incorporado en el principio.

El primer argumento es que sólo un sistema público de salud puede garantizar, en una sociedad real (donde se dan desigualdades de hecho), que el criterio de distribución universal de los recursos es la necesidad. Es indudable que un asegurado prudente (en la hipótesis ideal) no suscribiría un seguro cuyo criterio de asignación de los servicios fuese otro que la necesidad percibida por el paciente y determinada por criterios exclusivamente profesionales (no aceptaría, por ejemplo, que hubiese un comité paritario de médicos y gestores que tuvieran que "decidir" qué tratamientos se financian y cuáles no).

Luego una sociedad justa debe garantizar que la necesidad es el criterio distributivo de los servicios. Y la mejor manera de llevar ese criterio a la práctica, en sociedades reales que sufren graves desigualdades de renta, educación, recursos de todo tipo, etc., es mediante un seguro público y universal.

Aquí entroncamos con el segundo argumento, ¿por qué es un sistema público más adecuado? Podría objetarse que, debido a la naturaleza de los servicios de salud, las disposiciones individuales van a conducir a un excesivo gasto, de modo que un sistema de seguros privados subvencionados para las rentas bajas sería preferible. En este sistema los criterios empresariales de gestión harán que el gasto esté más controlado y, quizá más alineado con el principio del asegurado prudente. Bastaría con que el Estado velase por que los seguros privados no defraudasen o discriminasen a los ciudadanos, y que mantuviesen como criterio de distribución la necesidad.

Esta objeción es, sin embargo, inválida por dos razones, una teórica, la otra empírica.

La razón teórica es que lo dicho sobre la economía de los servicios de salud no tiene nada o muy poco que ver con la naturaleza pública o privada del servicio. Depende del hecho de que los servicios se prestan mediante seguros. Siempre que las personas están aseguradas (ya han pagado por *todos* los servicios que puedan necesitar o requerir), encontrarán individualmente justificado usar más servicios que si no tuvieran seguro, con lo que el gasto, sea de la sanidad pública o de la privada, tiende a dispararse (es el problema del "azar moral", descrito en la nota

18). En definitiva, los seguros privados no ahorran dinero a la sociedad; tal afirmación carece de fundamento[21].

Si quedan dudas, se puede aducir una prueba empírica: lo que sucede en Estados Unidos, donde el sistema de salud es principalmente privado (excepto para personas en extrema pobreza y jubilados). En aquel país el gasto sanitario como proporción del PIB es el mayor del mundo, mientras que los indicadores de salud no son, ni mucho menos, los mejores del mundo. Los mejores índices de salud pertenecen a países con sistemas públicos y universales que, de paso, consumen menos proporción del PIB.

No existen razones de ningún tipo para preferir un sistema privado de salud, y sí hay razones basadas en datos empíricos para preferir uno público: dada la naturaleza del servicio, el coste social es menor en este último caso. Eso no significa que *cualquier* gestión pública de la sanidad sea adecuada. Significa que lo mejor que puede hacer una sociedad por la salud de sus ciudadanos es mejorar el sistema público; mejorar su gestión y dotarlo de medios suficientes para cubrir las necesidades de los ciudadanos, manteniéndose atenta a las actitudes individuales que puedan indicar fallos en el mismo[22].

Así pues, cuando se defiende que el sistema de seguros privados es "más eficiente" o que "ahorraría dinero", quienes así argumentan no están pensando en el beneficio de toda la sociedad, sino en el beneficio del Estado, o en el saneamiento de las cuentas de la Seguridad Social. En todo caso, no se está adoptando un criterio de justicia, sino un razonamiento estratégico en función de fines institucionales (o políticos) determinados.

El racionamiento de la sanidad

Hemos concluido, hasta ahora, que un sistema público de seguro sanitario, completado por los seguros privados que puedan surgir en el marco de la libertad de empresa, es el modelo de sanidad que elegiría una sociedad justa, de acuerdo al principio del asegurado prudente.

---

21 Tan es así que el mayor quebradero de cabeza de las compañías de seguro (privadas) en Estados Unidos es reducir la factura médica. Para ello han inventado sistemas tan inhumanos como el llamado de *capitation* "capitación", según el cual el médico es retribuido con un bono por paciente, que se va reduciendo según el paciente consume servicios de especialistas. Así los médicos racionan el uso de estos servicios (por su propio interés económico). Este sistema ha sido muy criticado, pues puede inducir una atención deficiente, y por mezclar incentivos económicos en una decisión que debería ser exclusivamente profesional.

22 Todo esto tampoco *prohíbe* que existan seguros privados, como expresión de la libre empresa y del libre mercado. Su función es importante pues, además de cubrir demandas más o menos "extravagantes", permiten a las personas expresar preferencias que el sistema público puede tener en cuenta.

Ahora bien, este sistema no será "maximalista", no pretenderá ofrecer el máximo de servicios tecnológicamente posibles en todo caso, siguiendo un principio de máxima beneficencia, pues ello sería injusto con las generaciones futuras y obstaculizaría el logro de fines sociales igualmente valiosos. Será un sistema que establecerá un límite racional al gasto y, por tanto, habrá de racionar de algún modo los servicios sanitarios.

Cuando se piensa en limitar el gasto sanitario, una manera de hacerlo es excluir totalmente determinadas prestaciones (por ejemplo, los seguros privados en Estados Unidos excluyen rutinariamente los tratamientos de enfermedades mentales que requieren largas hospitalizaciones; la Seguridad Social española excluye una serie de prestaciones de odontología, cirugía estética, medicamentos, etc.).

En general, para excluir una prestación se tiene en cuenta su impacto sobre el gasto sanitario total y su impacto (relativo) sobre la salud de la población. También se tiene en cuenta, en los sistemas públicos, que exista una alternativa privada y que ésta sea razonablemente accesible.

El problema con las exclusiones es que siempre son difíciles de justificar, dado que los sistemas jurídicos occidentales consideran la salud como un derecho fundamental, inalienable, que los poderes públicos tienen la obligación de garantizar.

Ha habido, no obstante, intentos de excluir del sistema público de seguridad social ciertos tratamientos de muy elevado coste y escasas perspectivas de éxito. La propuesta más ambiciosa fue una ley del Estado de Oregón, que excluía un elevado número de tratamientos. También es conocida la iniciativa de la Seguridad Social británica de "castigar" a los fumadores posponiéndoles en las listas de espera para transplantes, cuando los necesitan debido a enfermedades probadamente relacionadas con el tabaquismo.

Estas iniciativas chocan con principios constitucionales en todos los países. Por ejemplo, la legislación de Oregón está en cuestión ya que, legalmente, se considera discriminatorio excluir de la seguridad social a "grupos" enteros de personas, justo lo que hace una legislación que niega un tratamiento técnicamente posible a todos los que padecen una enfermedad determinada, o sufren cierta condición patológica. Las leyes pueden excluir tratamientos, pero no señalar a colectivos. Con este argumento, muchos supuestos de la ley del Estado de Oregón han sido derogados por los tribunales.

Paralelo a éste es el problema de las enfermedades que los laboratorios farmacéuticos califican como "huérfanas". Enfermedades raras que no justifican, por su limitadísimo mercado potencial, la inversión en investigación y desarrollo de fármacos o tratamientos. Los laboratorios (empresas privadas, no olvidemos) dedican algunos recursos a la investigación en estas enfermedades, pero es evidente que son los

poderes públicos quienes tienen un mandato constitucional de velar por que esa investigación cuente con recursos. En ese caso la justificación es exclusivamente moral: una sociedad justa debe tratar igualmente a los millones que padecen una enfermedad muy extendida y a los cientos que padecen la enfermedad rara.

El principio del asegurado prudente no exige nada distinto. No sería racional suscribir una póliza que excluye las enfermedades raras pues, aunque la probabilidad de sufrirlas es pequeña, el daño y la miseria que pueden causar (unida a la soledad de los enfermos que se saben desamparados) es muy grande. Agravándose cuando la enfermedad incide en la vida del paciente a lo largo de muchos años, o cuando supone una condición de invalidez permanente.

Así pues, es difícil pensar en limitar el gasto mediante la exclusión de tratamientos o líneas de investigación médico-farmacéutica.

Pero si esto es difícil, mucho más lo es pensar en limitar el gasto excluyendo a personas determinadas debido a factores físicos, genéticos, etc. Este criterio sería más contrario a los principios de justicia que el anterior.

Parece, por tanto, que aunque un principio de justicia no debe ser maximalista, a la hora de aplicarlo es imposible pensar en restricciones justas. Es justo limitar el gasto sanitario, pero es injusto restringir el acceso o la posibilidad de tratamiento, así que estamos ante una contradicción insoluble.

De hecho no es así. De hecho, los servicios sanitarios *están fuertemente racionados*. Como sabemos, salvo urgencia, hay que pedir hora antes de ir al médico. Esto es para racionar el tiempo del profesional, que no puede dedicar *todo* su tiempo a un paciente. Para ciertos tratamientos y especialidades, existen listas de espera, porque los recursos son limitados (no hay un cirujano, o un aparato de *scanner* para cada paciente), y se emplea el criterio de atender a los pacientes según solicitan el servicio, de nuevo salvo casos urgentes. Existen criterios de prioridad para la asignación de órganos y otros recursos absolutamente limitados. Donde no hay esos criterios, los médicos de familia filtran las solicitudes de los enfermos: dan prioridad a unas, rechazan otras, desvían algunas más. Los procesos de consulta llevan tiempo y papeleo, lo que disuade a los enfermos leves.

Todo esto *es* un racionamiento efectivo de los servicios médicos. Los servicios médicos son un recurso escaso. Están *necesariamente* racionados. Literalmente *nadie* consume tanto como querría.

A muchos ciudadanos esto les parece intolerable; un atentado contra la justicia y contra sus derechos. Sin embargo, lo que es un atentado no es el racionamiento, que en sí mismo es necesario, sino el hecho de

que sea un racionamiento no explícito, que convive con declaraciones falsas sobre el derecho universal, ilimitado e inmediato a la salud (que se interpreta como derecho a los servicios sanitarios) y la aplicación de principios máximamente benevolentes, como el del rescate.

Si hace falta algún argumento más para reconocer que la medicina está racionada, piénsese que dos ciudadanos iguales, que no pueden ser discriminados por razón de edad o situación física (ambos tienen derecho a un voto, a un puesto de trabajo igual, etc.) serán *de hecho discriminados* (a uno se le considerará "con más derecho", o con un "privilegio" que es la prioridad en una lista de espera) por estos motivos si se trata de recibir un órgano o de otro tratamiento médico igualmente costoso y azaroso. Y es justo que así sea.

Aunque nos cueste reconocerlo, una sociedad justa *tendrá principios de racionamiento* de los servicios médicos. Lo que ocurre es que los hará públicos, para que puedan ser discutidos y acordados por todos los interesados (que básicamente somos todos), con la mayor previsión posible; o establecerá mecanismos para decidir en el momento cuando no se hayan podido establecer criterios objetivos con antelación, o estos no sean aplicables.

El racionamiento puede suponer excluir por completo ciertos tratamientos. No así a grupos enteros de enfermos, simplemente por pertenecer a ese grupo, pues eso es inconstitucional como hemos visto –aunque posiblemente las personas que voluntariamente realizan prácticas particularmente dañinas o peligrosas y acaban formando un grupo de afectados, como "los fumadores", o "los parapléjicos por accidentes de circulación", podrían ser excluidas de ciertos tratamientos sin incurrir en una discriminación ilegal, dado que la causa de su condición fue libre y conscientemente elegida.

Si esto nos suena cruel es sólo por la insidiosa penetración de los, por otro lado excelentes, principios de la ética médica (beneficencia, rescate, santidad de la vida humana). Pero ya hemos visto que estos principios poco tienen que decir en sociedades tecnificadas con sistemas de salud en tendencia crítica. Si pensamos desde la perspectiva del asegurado prudente, ciertamente consideraremos justo una gran cantidad del gasto que *puede* mejorar nuestras vidas y las de nuestros descendientes, pero también es posible que consideremos injustificados los recursos destinados a tratamientos de utilidad dudosa[23]. Esto debe ser objeto del debate público, y no quedar oculto tras principios profesionales, que poco tienen que decir sobre la justicia social en las circunstancias actuales.

23 Existe un dato particularmente revelador, que espero no sea mal entendido. Los seguros norteamericanos han calculado que más de la mitad del gasto sanitario promedio total de un paciente, se consume en sus tres últimos meses de vida.

Por tanto, un principio de justicia social sanitaria implicaría una seguridad social universal que daría prioridad a las investigaciones y prácticas con mayor incidencia en la salud: prevención, higiene, educación, y que mantendría una cobertura por enfermedad lo más amplia posible, atenta a las decisiones privadas de los ciudadanos, que podrían indicar carencias en el sistema. A la vez, sería un sistema de seguridad social que tendría establecido mecanismos para el debate público sobre *exclusiones* de cobertura, que pueden variar con los costes, hábitos sociales e incidencia de las enfermedades. El resultado de estos debates debería ser la determinación de *criterios públicos de racionamiento* de determinados tratamientos. Este racionamiento puede ir desde la completa exclusión de la cobertura, a su consideración como no prioritarios (cobertura sólo en caso de que *todos los demás casos* hayan sido atendidos, o sólo en caso de capacidad sobrante en el sistema).

Además de estos criterios públicos, hay un tipo de racionamiento que ha de hacerse cada día. En algunos casos (como en los accidentes o catástrofes) existen protocolos muy específicos; en otros no. Intentar determinar criterios públicos explícitos para todos los casos sería excesivamente prolijo y, con toda probabilidad, ineficiente. Por eso, algunos autores han defendido que lo mejor es que estas decisiones concretas y diarias de racionamiento las hagan los profesionales, basándose en su conocimiento de las circunstancias de cada paciente y de cada enfermedad[24].

Este tipo de criterio de racionamiento se ha llamado "al lado de la cama", y es probablemente el más eficaz para tomar muchas decisiones distributivas que no pueden esperar o que serían intratables desde la perspectiva de un rígido protocolo. Por tanto, el principio del asegurado prudente aceptaría este criterio de racionamiento para tales casos, pero siempre y cuando el criterio mismo sea público, y fruto de un debate que reconozca la cualificación y responsabilidad de los profesionales para este cometido (que de hecho realizan muy eficazmente cada día), y especifique quiénes, y bajo qué condiciones, están autorizados a tomar decisiones distributivas concretas basadas en datos inmediatos y en la experiencia profesional. Actualmente el problema es que estas decisiones distributivas se realizan con una mala conciencia, como si el profesional estuviera faltando a su deber.

Pero ninguna ética profesional exige hacer más de lo que es físicamente posible. Hasta en la dedicación de su trabajo y su tiempo, los profesionales han de tomar decisiones distributivas, simplemente porque sólo tienen dos manos y el día sólo veinticuatro horas. Los profesionales deben entender que el racionamiento es parte de la vida humana en las circunstancias de la justicia. Si no hubiera que racionar, no se plan-

24 Cfr. Hall (1995).

tearía ningún problema. Así pues, las cuestiones de cómo distribuir los servicios no van a desaparecer. Lo que una sociedad justa debe lograr es que esas cuestiones estén resueltas de un modo aceptable por todos, de acuerdo con criterios explícitos y públicamente discutibles (no ocultas en la opacidad de las bienintencionadas decisiones profesionales ni en la mala conciencia de los gestores).

Conclusión

La sanidad plantea una cuestión de justicia distributiva porque los servicios sanitarios son un recurso escaso que todos creemos merecer de forma ilimitada e inmediata.

El motivo por el que creemos tal cosa es doble: por un lado, la ética médica tradicionalmente obligaba al profesional a distribuir su arte de acuerdo a criterios de necesidad, no a criterios de poder económico, político u otros. De modo que *todos* eran acreedores por igual del saber médico. Por otro, las constituciones democráticas avanzadas y los organismos internacionales, consideran la salud un derecho básico de todos los seres humanos, y en consecuencia, los poderes públicos tienen la obligación de garantizarlo.

Esto plantea una cuestión de justicia. La primera cuestión es el nivel de gasto sanitario. En las condiciones tecnológicas actuales, proveer servicios médicos inmediatos e ilimitados para todos sería posible en las sociedades desarrolladas, pero sería prohibitivo, e impediría el logro de otros fines sociales igualmente valiosos, como la educación, el transporte, el mantenimiento de infraestructuras públicas, la seguridad, etc. Dedicar una proporción excesiva de la renta social a los servicios de salud sería irracional. Además, no mejoraría necesariamente la salud de las personas, pues está demostrado que factores como la educación, la seguridad o los hábitos de consumo inciden más en la salud (en la esperanza y calidad de vida, por ejemplo) que el acceso a servicios médicos especializados. Así pues, el objetivo de una sociedad justa, que es satisfacer el derecho de todos a la salud *requiere,* paradójicamente, que la parte de la renta social dedicada a los servicios de salud sea limitada.

Sentado esto, los servicios de salud habrán de ser distribuidos y racionados de acuerdo con criterios uniformes, generales y públicos.

Estas dos cuestiones de justicia social no están resueltas satisfactoriamente en nuestra sociedad, y en casi ninguna sociedad occidental.

El motivo es que en cuestiones de salud tendemos a aplicar principios distributivos basados en la ética médica y en la percepción de la salud como derecho fundamental, irrenunciable.

Este trabajo ha discutido la pertinencia de esos principios distributivos y ha seguido el ejemplo de Ronald Dworkin al abogar por un principio

de justicia alternativo. Le llamamos el principio del asegurado prudente. El principio del asegurado prudente es coherente con una concepción política basada en el respeto de la libertad y la autonomía igual de los ciudadanos. Se trata de un experimento mental que trata de imaginar qué tipo de cobertura sanitaria encontraría racional suscribir una familia particular si las condiciones sociales fuesen de igualdad y el mercado sanitario (el mercado de seguros de salud) fuese "perfecto" (con información completa, sin fraude, competitivo, etc.). El tipo de seguro que una familia así elegiría representa el ideal de lo que un ciudadano autónomo considera necesario y, por tanto, lo que una sociedad justa debería ofrecer a sus ciudadanos.

Normalmente, los ciudadanos reclaman más que ese nivel racional de cobertura, primero, porque hay grandes desigualdades de renta y recursos sociales, lo que hace que para algunos sea racional disfrutar de niveles de cobertura "de lujo"; y segundo, debido a la naturaleza de la provisión de los servicios médicos, bien mediante seguros públicos, bien mediante seguros privados en mercados imperfectos.

El principio del asegurado prudente nos ayuda a valorar lo que una sociedad justa debe ofrecer a los ciudadanos. Es un remedio contra dos tipos de demagogia: la demagogia populista que supone que el Estado debe satisfacer cualesquiera deseos de los ciudadanos en este campo, y la demagogia liberal que aboga por la gestión privada de la salud, porque sería "más eficiente".

Del experimento mental del asegurado prudente no se deriva que lo justo sería una cobertura ilimitada, pero sí que ésta debería ser universal. Así pues, este principio apoya un sistema público de seguridad social, pero con coberturas que pueden ser limitadas (cabe excluir tratamientos, cabe que los usuarios tengan que costear una parte de los mismos), de acuerdo con decisiones políticas que dependerán de las prioridades sociales y de las circunstancias tecnológicas y económicas de cada momento.

Bibliografía

Austin, Sara E., *Medical Justice*, N. Y., Peter Lang, 2001.

Clark, C. y McEldonney, R. (eds.), *The Health Care Financial Crisis: Strategies for Overcoming an Unholy Trinity*, Nueva York, Nova Science, 2001.

Dworkin, R., *Taking Rights Seriously*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1977.

Dworkin, R., "Justice and the High Cost of Health", en *Sovereign Virtue*, Cambridge (Mass.) Harvard University Press, 2000; p. 307-319.

Folland, S., Goodman, A.C. y Stano, M. *The Economics of Health and Healthcare*, Upper Saddle River (NJ), Prentice Hall, 1997, 2. ed.

Hall, M.A., "Rationing Healthcare at the Bed Side", *N. Y. University Law Review*, 1995, 69, p. 693-720.

Korobkin, R., "The efficiency of Managed Care 'Patient Protection' Laws: Incomplete Contracts, Bounded Rationality, and Market Failure", *Cornell Law Review*, 1999, 85, p. 1-19.

Longest, C., *Health Policy Making in the United States*, Chicago, Healthcare Administration Press, 1998.

Newhouse, J.P. & RAND Insurance Experiment Group, *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1993.

Santerre, R.E. y New, S.P., *Health Economics: Theories, Insights and Industry Studies*, Chicago, Irvin, 1996.

Shaw, T., 2001: "Identifying Health Care Cost Crisis in OEDC Nations", en Clark, C. y McEldonney, R. 2001, p. 5-34.

Stiglitz, J., *Economics of the Public Sector, Princeton University Press, 1988.*