

bioètica & debat

volumen 17, núm. **63**
mayo_agosto 2011
TRIBUNA ABIERTA DEL
INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA
4 euros

Justicia y políticas sanitarias en tiempo de crisis

Vivimos tiempos de crisis, tiempos de ahorro en el gasto público y de recortes en los servicios sociales básicos. En definitiva, tiempos de sacrificios sociales. Una parte muy importante de estos sacrificios afecta a la sanidad pública.

Si nos preguntamos por la justicia de los efectos de una acción humana, lo primero que manda el sentido moral común es buscar a los causantes de la acción y exigirles responsabilidad. La segunda cuestión aparece si asumimos la necesidad de los recortes y tiene que ver con sus efectos: ¿de qué manera se tendrían que implementar las políticas de recortes para que sean justas?

Ante esta situación impuesta y pretendidamente ineludible, y el hecho de que afecta muy sensiblemente al conjunto de la población, a las prestaciones fundamentales del estado del bienestar, nos hemos de interrogar por la justicia en el reparto de sus consecuencias. Aquí se abren inmediatamente dos cuestiones. La primera tiene que ver con los causantes de la crisis. Si nos preguntamos por la justicia de los efectos de una acción humana, lo primero que man-

da el sentido moral común es buscar a los causantes de la acción y exigirles responsabilidad. La segunda cuestión aparece si asumimos la necesidad de los recortes y tiene que ver con sus efectos: ¿de qué manera se tendrían que implementar las políticas de recortes para que sean justas? En otras palabras, ¿de qué manera hemos de plantear los sacrificios sociales para que no se pierda equidad? Es conveniente tener en cuenta que las dos cuestiones son conceptualmente independientes, aunque a nadie se le escapa que, en la práctica, el resultado de la primera condiciona el planteamiento de la segunda.

Los causantes de la crisis económica son, principalmente, la codicia desmesurada de los poderes económicos y financieros y las instituciones políticas que no la han frenado, teniendo la responsabilidad de hacerlo. En una parte menor, también hay una responsabilidad colectiva en el excesivo endeudamiento privado. Aun así, los principales inductores de la crisis económica no han pagado hasta ahora ningún precio por este motivo, excepto algún caso aislado, como el ex presidente de Islandia. Al contrario, las enormes ayudas públicas al sistema bancario y la continuada rebaja y supresión de impuestos a las rentas del capital (impuesto de patrimonio e impuesto de sucesiones, por ejemplo) han sido una constante en

sumario

1 a 6

Justicia y políticas sanitarias
en tiempos de crisis

2

Editorial

7 a 10

Aportar el valor de la salud a
las personas, la misión de las
organizaciones sanitarias

11 a 14

El futuro del sistema
sanitario: ¿anclar el gasto o
mejorar su financiación?

15 a 21

Reflexiones éticas sobre las
enfermedades raras y los
medicamentos huérfanos

22-23

Biblioteca

24

Agenda

Institut Borja de
Bioètica

Universitat Ramon Llull

VIENE DE LA PÁGINA 1

todos los países más afectados antes y durante la crisis.

Así pues, los más perjudicados por la nueva situación económica no son los que la han creado, sino sobre todo los que menos responsabilidad han tenido en su aparición. La crisis está castigando especialmente a los millones de trabajadores que han perdido el trabajo y a los jóvenes que lo estaban buscando. Este hecho existe, sin duda, detrás de la indignación moral que mucha gente está sintiendo por la gestión de la crisis económica y es también un dato importante para entender sus efectos en la salud. Y es que antes de hacer ningún recorte en los presupuestos de la sanidad, la equidad en la salud ya se ve malparada por el hecho de que aumentan las desigualdades sociales. El ensanchamiento de la desigualdad social y económica que la nueva situación económica está acentuando implica *ipso facto* más desigualdad de salud. La epidemiología social hace años que está demostrando la correlación positiva entre desigualdad social y económica y desigualdad de salud.¹

En este escenario, la preocupación por la equidad y la justicia en la salud tendría que traducirse en la promoción de políticas redistributivas que compensasen la pérdida de equidad en la salud que supone el aumento de las desigualdades sociales. Desgraciadamente, al menos en nuestro país, está sucediendo todo lo contrario. Una de las consecuencias de la crisis económica es el recorte de presupuestos para la sanidad pública. Todo recorte en este sentido provoca, automáticamente, una disminución de la equidad en la salud si no va acompañada de políticas redistributivas, dado que el sistema sanitario público es en sí mismo una política redistributiva. Su recorte es equivalente a subir los impuestos o a rebajar los ingresos a sus principales beneficiarios. Una vez más, desgraciadamente, en lugar de compensar los recortes de servicios

públicos con políticas redistributivas de otro tipo (por ejemplo, políticas fiscales), está pasando todo lo contrario. Así, los más ricos cada vez pagan menos impuestos, con lo que disminuye la progresividad fiscal y aumentan las desigualdades de salud.

Dejando aparte la primera de las cuestiones, vamos a la segunda. Una vez se ha decidido políticamente que tiene que haber un importante recorte en los presupuestos de la sanidad, hay varias maneras de llevarlo a la práctica, varias políticas concretas que puedan cumplir este objetivo, y unas son más justas o equitativas que otras.

La política sanitaria que se está siguiendo actualmente consiste en rebajar linealmente el presupuesto sanitario, es decir, ahorrar globalmente en el número de prestaciones sanitarias que se ofrecen hasta ahora. Sin embargo, se dice que esta medida no ha de afectar ni a la equidad ni a la calidad de los servicios sanitarios. Pero esta última afirmación es muy difícil de sostener

La política sanitaria que se está siguiendo actualmente consiste en rebajar linealmente el presupuesto sanitario, es decir, ahorrar globalmente en el número de prestaciones sanitarias que se ofrecen hasta ahora. Sin embargo, se dice que esta medida no ha de afectar ni a la equidad ni a la calidad de los servicios sanitarios. Pero esta última afirmación es muy difícil de sostener. Por cuatro razones.

La primera ya la he indicado: la sanidad pública tiene efectos redistributivos positivos, de manera que una rebaja que no se ve compensada por políticas redistributivas de otro tipo, como más progresividad fiscal, no hace sino aumentar las desigualdades sociales y, en consecuencia, las desigualdades de

salud en la población. Si a esto añadimos que los principales usuarios de la sanidad pública son las personas más perjudicadas directamente por la crisis económica, la disminución de la equidad en la salud es todavía más grave.

La segunda razón es el aumento de las listas de espera. Es cierto que existe el compromiso de que este aumento no afecte a las intervenciones médicas más urgentes, pero el aumento del tiempo de espera comporta la posibilidad de empeorar una enfermedad, al margen de la prolongación del malestar y los inconvenientes de la propia enfermedad. Hay que tener presente que, además, el aumento de las listas de espera afecta menos a las personas que menos sufren la crisis económica, dado que su nivel adquisitivo alto les permite optar por la sanidad privada si la espera es considerada por el usuario demasiado larga.

La tercera razón está conectada con la segunda. Si las clases medias y medias-altas optan progresivamente por la utilización de una sanidad privada con menos listas de espera, la calidad de la sanidad pública se resentirá. Los servicios públicos tienen más calidad cuando las clases sociales más acomodadas los utilizan. Si éstas, que tienen una capacidad de influencia social y política más grande, dejan de utilizar los servicios públicos, ya sea la sanidad, la escuela, el transporte o los parques infantiles, el resultado previsible será un deterioro progresivo de estos servicios, lo que afectará a la larga a su calidad en todos los sentidos.

La cuarta razón está estrechamente relacionada con las dos anteriores. Si los servicios públicos dejan de ser utilizados por el conjunto mayoritario de la sociedad y su uso se reserva sobre todo a las clases más bajas, se perderá cohesión social y, a la larga, se pondrán las bases de un rotura social, de una división social que afectará incluso al uso del espacio público: hospitales, escuelas, transporte, parques infantiles... Afortunadamente, todavía, este es un horizonte lejano de nuestra realidad social, pero

hay que tenerlo presente cada vez que se plantea una disminución importante de los servicios públicos. Detrás suyo no hay sólo un interés por la eficiencia presupuestaria: también hay o tendría que haber un interés por el modelo de sociedad que queremos mantener y/o construir para el futuro.

¿Qué alternativas tenemos? Una posible política sanitaria dirigida al ahorro es la instauración del copago, también llamado ticket moderador. El copago quiere decir que cada usuario del sistema sanitario público tendría que abonar un dinero, posiblemente entre 3 y 7 euros, por cada utilización de sus servicios

¿Qué alternativas tenemos? Una posible política sanitaria dirigida al ahorro es la instauración del copago, también llamado *ticket moderador*. El copago quiere decir que cada usuario del sistema sanitario público tendría que abonar un dinero, posiblemente entre 3 y 7 euros, por cada utilización de sus servicios. Con esta medida no se busca tanto un efecto recaudatorio como de moderación de la demanda. Sus defensores dicen que el resultado esperado garantiza la equidad, porque el copago es igualitario (todo el mundo paga lo mismo y la cantidad que se paga es bastante baja como para no impedir que nadie quede fuera del sistema si realmente lo necesita), es eficiente (habrá un ahorro en aquellos usos innecesarios del sistema sanitario, ya que la gente, cuando paga un servicio directamente de su bolsillo, piensa muy bien si realmente lo necesita) y fomenta la responsabilidad individual, con el objetivo de no abusar del sistema.

Desgraciadamente, el copago ni es igualitario ni siempre aumenta la eficiencia ni fomenta la responsabilidad

del conjunto de la ciudadanía. No es igualitario porque perjudica sistemáticamente a los que menos recursos económicos tienen: no porque no sea posible pagar en la mayoría de los casos el precio, a menudo simbólico, de acceso al servicio, sino porque la percepción personal de lo que es una necesidad médica a la hora de hacer frente al copago varía en función del poder adquisitivo. Hay evidencia científica que confirma que las personas con menos recursos económicos optan más que las otras por evitar la utilización de los servicios sanitarios de copago –ni que sea un copago prácticamente simbólico– aunque puedan extraer un beneficio sanitario claro. El copago hace que muchas personas con pocos recursos económicos opten, por ejemplo, por no ir al médico por lo que perciben como un simple resfriado –con el objetivo de ahorrarse el copago– y sólo van cuando el resfriado se ha convertido en una pulmonía. Esta conducta no se observa en las personas que tienen más recursos económicos. El resultado es que el copago disminuye la equidad tanto en el acceso y el uso de los servicios sanitarios como en relación con las desigualdades de salud por causas socioeconómicas.

Esto hace que el copago tampoco sea tan eficiente como promete, ya que, en relación a la eficiencia económica y siguiendo con el ejemplo anterior, el trato de una pulmonía es más caro que el de varios resfriados; y en relación a la eficiencia en la provisión de salud, el copago puede tener como efecto una disminución de la salud global de la población. Desde el punto de vista de las ganancias y pérdidas sociales de salud, es más ineficiente que los individuos tengan que decidir, bajo la presión del copago, cuándo tienen una necesidad médica que no que esta decisión la tomen los profesionales sanitarios, con mucho más conocimiento global sobre el proceso de las enfermedades.

Finalmente, el copago fomenta la responsabilidad individual para evitar el abuso de los servicios médicos sólo

en las personas con pocos recursos económicos. El resto, si tiene la tendencia a despreciar el valor económico del copago, no se siente igualmente incentivado en su comportamiento para evitar el abuso del sistema.

Sabemos que hay unas cuantas medidas que traerían más eficiencia al sistema sanitario público, como la reducción del gasto farmacéutico, la concentración de servicios sanitarios, la utilización de equipos sanitarios públicos con fines privados o una mayor educación sanitaria de la población

Sin duda, no obstante, hace falta que el sistema sanitario sea más eficiente. Las medidas de eficiencia tendrían que ser vigentes siempre, tanto si estamos en tiempo de recortes como si no. Y sabemos que hay unas cuantas medidas que traerían más eficiencia al sistema sanitario público, como la reducción del gasto farmacéutico (sufragando únicamente los medicamentos que realmente se necesitan), la concentración de servicios sanitarios (sobre todo de intervenciones complejas, con lo que también se ganaría en excelencia), la utilización de equipos sanitarios públicos con fines privados (el uso, por ejemplo, de quirófanos por la tarde si no se utilizan por falta de presupuesto público) o una mayor educación sanitaria de la población. Eso no quiere decir que cada una de estas medidas no comporte problemas específicos para su implementación, como por ejemplo la oposición de la poderosa industria farmacéutica, la oposición política de las ciudades y las comarcas que perderían servicios médicos si éstos se concentran en pocos lugares, y la cultura del “todo público”, que no siempre deja ver la racionalidad de combinar –en ocasiones y siempre bajo la vigilancia y la evaluación de los po-

deres públicos– la gestión pública con la privada. Si la inclusión de una prestación privada en una organización pública hace ganar en eficiencia y equidad, ¿dónde está el problema ético?²

Hay que tener muy presente, no obstante, que la eficiencia sola no siempre produce situaciones justas o equitativas. Por ejemplo, supongamos que tenemos un tratamiento médico o un medicamento que puede ayudar a un enfermo, pero es muy caro y poco efectivo. La eficiencia aconseja no financiarlo ante la posibilidad de sacar más beneficios sanitarios de estos recursos si se destinan a otra parte del sistema. Pero ahora imaginemos que este tratamiento o medicamento es el único que realmente puede ayudar a un determinado enfermo, quizás porque sufre una enfermedad minoritaria o rara y, por tanto, poco estudiada. Lo que la eficiencia aconseja hacer puede beneficiar a *muchos* otros enfermos, pero perjudica enormemente a *este* enfermo. No está nada claro que podamos considerar este resultado siempre como justo o equitativo.

¿Existen alternativas a los recortes lineales y al copago? Una de ellas es la concentración de las prestaciones públicas en un Paquete Básico, dejando al mercado privado los tratamientos considerados no básicos para la salud

¿Existen alternativas a los recortes lineales y al copago? Una de ellas es la concentración de las prestaciones públicas en un Paquete Básico, dejando al mercado privado los tratamientos considerados no básicos para la salud. Por ejemplo, podrían quedar fuera del catálogo de prestaciones la reproducción asistida, la eliminación de las manchas no malignas de la piel o el tratamiento para los juanetes. Dentro del actual catálogo, ya no entran determinadas prestaciones odontológicas y oftalmológicas.

Se trataría, pues, de reducir el actual Paquete Básico de prestaciones públicas. ¿Es esta una medida que afecta negativamente a la equidad en la salud?

Si el objetivo de la equidad es atender todas las enfermedades graves o que pueden llegar a ser graves, entonces esta medida no afecta a la equidad, ya que las enfermedades graves serían las que quedarían por definición dentro del Paquete Básico. Pero si el objetivo de la equidad es la disminución de las desigualdades de salud, habrán algunos problemas de equidad, ya que las personas con menos recursos económicos serían las más afectadas por la reducción de las prestaciones sanitarias. No obstante, los problemas de equidad serían mucho menores que los derivados de la aplicación tanto del copago como de los recortes lineales. Otra de las ventajas del Paquete Básico respecto al copago es que la responsabilidad a la hora de definir la necesidad médica es del conjunto de la sociedad y, por tanto, afecta a todos por igual. En cambio, en el copago, los individuos desarrollan diferentes preferencias sobre lo que es una necesidad médica en función de sus recursos económicos.

El Paquete Básico tiene un problema añadido: nos obliga a definir lo que es realmente básico desde un punto de vista sanitario, cosa que no siempre resulta sencilla porque la salud no es una cuestión fácilmente objetivable.³ La reproducción asistida puede ser o no médicamente necesaria según la concepción que tengamos de lo que significa tener hijos biológicos y las manchas en la piel pueden ser más o menos molestas en función de la importancia que una sociedad dé a la imagen externa de la persona.

Naturalmente, existen otros criterios éticos para racionar los recursos limitados de la sanidad, como la edad, la responsabilidad personal, la capacidad de beneficiarse sanitariamente de los recursos disponibles, etc.⁴ El racionamiento sanitario es inevitable por razones

que trascienden la crisis económica actual, razones que tienen que ver con una paradoja de nuestro tiempo: cada vez disponemos de más conocimientos médicos para mejorar la salud de las personas, pero eso aumenta de tal manera el coste económico global que no siempre podemos atender a todo el mundo que lo necesite. Factores estructurales de nuestra sociedad como el envejecimiento de la población, la mayor supervivencia de los enfermos crónicos, la creciente intolerancia a cualquier malestar físico y psíquico, la medicina defensiva y otras no atribuibles a la eventual crisis económica, justifican desde hace tiempo la necesidad de racionar los recursos sanitarios.

Ahora bien, la necesidad de racionar no nos tiene que hacer perder de vista que se puede racionar con más o menos equidad y que la equidad tiene que ser siempre un objetivo social innegociable

Ahora bien, la necesidad de racionar no nos tiene que hacer perder de vista que se puede racionar con más o menos equidad y que la equidad tiene que ser siempre un objetivo social innegociable. Si hay menos a repartir, no es justo que los que ya tienen menos reciban la parte más pequeña del nuevo reparto. Pero para evitar esta injusticia hace falta alguna cosa más que un sentido propietario de la justicia, es decir, una concepción de la justicia como “a cada uno en función de su aportación”. Existe otra versión de la justicia presidida por la solidaridad, que consiste en distribuir en función de las necesidades y no de la recompensa por las contribuciones. Sin una estima social más grande por la solidaridad, los más necesitados, también en relación a la salud, serán los últimos en la lista de espera del bienestar social. Al final, de lo que se trata es de si los más ricos y sanos están dispuestos a pa-

gar la factura de la atención médica que necesitan los más pobres y enfermos, y qué parte de la factura están dispuestos a sufragar. Y aquí nos jugamos ser una sociedad solidaria o no serlo.

La sociedad liberal e individualista tiene normalmente dos argumentos morales para alejarse de la solidaridad. El primero es la necesidad de ser eficiente y de confiar, dicen, en el mercado para proveer bienes básicos, incluida la salud, sin malgastar recursos. Pues bien, aunque puntualmente eso pueda ser cierto, en referencia a la salud es falso, en general, que el mercado sea siempre eficiente. Los Estados Unidos tienen mayoritariamente mercado privado de la salud y el resultado es que gastan el doble del PIB (15%) que países como Canadá, Gran Bretaña, España, Francia o Suecia (que disponen de sistemas sanitarios públicos) y, en cambio, tienen más de 45 millones de personas sin un seguro básico de salud y una esperanza de vida media más baja.⁵

El segundo argumento se basa en la defensa de la libertad individual. La idea de fondo es que quien no perjudica a otro no tiene la obligación de compensar su eventual desgracia. Lo puede ayudar por caridad o, si no se es creyente, por actuar como lo haría una buena persona, pero cualquier intento del estado por recaudar impuestos a través de la coacción –como no puede ser de otra manera– para que los más necesitados sean ayudados sólo por el hecho de que *lo necesitan* –sin que se pueda demostrar que los pagadores han causado su mal– es, bajo la concepción neoliberal, un robo, un atentado a la libertad, la peor de las ofensas morales en una sociedad que ama la libertad. Este argumento se basa en la convicción de que la libertad individual es poco menos que sagrada siempre que con ella no se haga mal a terceros. Es una idea que expresó brillantemente el filósofo John Stuart Mill en su *Sobre la libertad* (1859), aunque a menudo se olvida que el mismo Mill dijo que, sin una intervención pública a favor de los

más vulnerables socialmente, la libertad real se convierte en un privilegio de los más acomodados. Una sociedad no es únicamente una asociación de egoístas: también es o tendría que ser una comunidad de personas que se necesitan y se ayudan mutuamente.

Por cierto, otro de los filósofos predilectos de la actual ideología liberal, Adam Smith, que contribuyó a fundamentar las bases teóricas del capitalismo moderno y del mercado libre, puso mucho énfasis, en su obra *La riqueza de las naciones* (1776), en el hecho de que hacía falta frenar, a través del estado, dos impulsos internamente irrefrenables del mercado: los monopolios y la codicia desmesurada de los especuladores financieros.⁶ El primer freno se suele poner, pero el segundo hace unas décadas que parece estropeado. ¿Cómo es que los defensores más acérrimos de la ideología liberal últimamente no parece que recuerden las palabras de uno de sus mayores inspiradores?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Marmot M. The Status Syndrome: how social standing affects our health and longevity. New York: Owl Books; 2004.
2. Camps V, López-Casasnovas G, Puyol A. Les prestacions privades en les organitzacions sanitàries públiques. Informe de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2006.
3. Sheaff R. The Need for Healthcare. London: New York: Routledge; 1996.
4. Puyol A. Justícia i salut. Ètica per al racionament dels recursos sanitaris. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 1999.
5. OMS. World Health Statistics; Ginebra: OMS; 2011.
6. Sen A. Money and Value: On The Ethics and Economics of Finance. Economics and Philosophy, 9 (02): 203-227.

Àngel Puyol

Departamento de Filosofía. Universitat Autònoma de Barcelona.
Angel.Puyol@uab.cat

resumen

La actual crisis económica está obligando a realizar recortes presupuestarios en la sanidad pública. Estos recortes pueden afectar la equidad, tanto desde el punto de vista de un aumento de las desigualdades de salud como de un desigual acceso al sistema sanitario. Este artículo explica, muy brevemente, la relación entre las políticas sanitarias que se derivan de la crisis económica y el objetivo de la equidad, y acaba planteándose la relación que tendría que haber entre la justicia, la política sanitaria y la solidaridad.

PALABRAS CLAVE

equidad en salud, política sanitaria, solidaridad, copago

abstract

The current economic crisis is forcing the public health to cut costs. Such cost cuts may affect equity in terms of an increase of health disparity as well as unfairness when accessing the health system. This article briefly explains the relationship between the health policies that arise from the economic crisis and the objective of equity. It ends explaining the relationship that there should be between justice, health policy and solidarity.

KEYWORDS

health equity, health policy, solidarity, co-payment