

Ética y racionalidad de la contribución financiera del usuario de la sanidad pública

Ángel Puyol González

39

La financiación de la sanidad pública es una responsabilidad social. Esa es una de las premisas fundamentales del Estado del Bienestar en lo concerniente al derecho a la atención sanitaria: entre todos se deben sufragar los costes de atender a los enfermos. Es un modelo social y político que, desde un punto de vista ético, responde a la idea de que todos somos responsables del bienestar de cada uno de los miembros de la comunidad: se basa en la solidaridad mutua. La máxima de “a cada uno según su necesidad y de cada uno según su capacidad de contribución” (que el marxismo se apropió en su momento, pero que es tan antigua como la propia humanidad, pues ya se debió utilizar en los primeros momentos de su existencia para poder sobrevivir como grupo¹) se cumple en la manera como actualmente se financia y distribuye, en nuestro país, la atención sanitaria pública.

En una sociedad liberal, es decir, una sociedad que apuesta por la libertad y la autonomía de los individuos, distinguimos entre el *bienestar subjetivo* y el *bienestar objetivo*, y afirmamos que el Estado tiene el encargo de velar únicamente por el *bienestar objetivo* (la educación, la salud, la seguridad...) dejando el *bienestar subjetivo* (la felicidad, el estilo de vida...) a las consecuencias de la libertad de elección de los individuos. El derecho a la salud es, por tanto, un derecho de todos y cada uno de los ciudadanos, y la sociedad en su conjunto tiene el deber de poner los medios para garantizarlo. La distinción entre bienestar objetivo y subjetivo, que es crucial para una sociedad liberal y a la vez comprometida con el Estado del Bienestar, no es fácil de establecer a nivel filosófico y moral, así que, en general, funcionan determinados acuerdos tácitos. Uno de ellos dicta que la salud forma parte del bienestar objetivo que la sociedad debe proteger, pese a que existe una controversia sobre si determinados aspectos de la salud individual, como los derivados del estilo de vida,

deberían ser considerados como un aspecto estrictamente subjetivo y, en consecuencia, excluidos de la garantía social de atención sanitaria. Pensemos, por ejemplo, en los costes sanitarios relacionados con el hábito de fumar, con la ingesta desmesurada de grasas saturadas o con los deportes de riesgo. Controversia al margen (sobre la que después insistiremos), el hecho es que la financiación de la atención sanitaria se considera habitualmente como un deber social y no como un deber individual.

40 La cuestión que aparece ahora es si los individuos, además de participar en la responsabilidad social, tienen la responsabilidad individual de contribuir a la financiación de “su” propia atención sanitaria, es decir, si al menos parte de los costes sanitarios de un enfermo deben ser pagados por el propio enfermo. Hay que tener en cuenta que aquí surgen dos cuestiones que, conceptualmente, son distintas. Por un lado, se trata de saber si los enfermos tienen una responsabilidad estrictamente individual en la financiación de su propia asistencia sanitaria y, por otro lado, saber qué parte de la financiación –de los costes de la atención sanitaria que necesitan– deberían asumir. La primera cuestión puede tratarse con los elementos de la ética, mientras que la segunda no sólo depende de la respuesta a la primera, sino que también depende de la existencia de datos económicos y sociológicos con que poder informar un buen juicio moral. En cualquier caso, para comprender por qué sale a colación, precisamente ahora, la cuestión de la corresponsabilidad en la financiación pública de la atención sanitaria, hay que enmarcar adecuadamente el origen del problema.

Origen del problema

Si en estos momentos hablamos de los mecanismos de corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria es debido a que el Estado del Bienestar, con las actuales políticas de mera responsabilidad social, tiene problemas para cumplir todos sus compromisos. De cómo se entiendan esos problemas va a depender, en un primer acercamiento, la valoración que podamos hacer de la corresponsabilidad.

Partimos de la base de que el Estado del Bienestar aplicado a la atención sanitaria es un modelo ético, social y políticamente correcto que, en los últimos tiempos, sufre de problemas de financiación, debido a varios factores. Uno de ellos es la falta de voluntad política para mantener o incrementar su principal fuente de financiación: los impuestos. Otro factor tiene que ver con los problemas de combinar

la financiación a través de los impuestos con la necesidad de mantener un nivel de crecimiento económico suficiente para poder, a su vez, mantener en el futuro las prestaciones del Estado del Bienestar, al menos con la misma calidad que las actuales. Y otros factores tienen que ver con los problemas internos de financiación de la atención sanitaria que, desde hace algún tiempo, están produciendo una sorprendente paradoja: a medida que el conocimiento científico y tecnológico sobre la mejora de la salud aumenta, también aumentan, en una proporción mucho mayor, los costes económicos para que todos los ciudadanos se beneficien de ese conocimiento.

41

Las causas específicas de los problemas financieros de la sanidad son variadas. La principal de ellas es, probablemente, el enorme progreso técnico que se ha producido en el campo sanitario como consecuencia del desarrollo del conocimiento científico, que ha conllevado la aparición de nuevas tecnologías cada vez más caras. Pero existen otros factores no menos relevantes. Entre ellos: el progresivo envejecimiento de la población, el surgimiento de nuevas enfermedades, el aumento de los enfermos crónicos, una nueva concepción de la salud identificada con un completo bienestar físico, mental y social (como reza la generosa definición de la OMS) y no meramente con la ausencia de la enfermedad, y el hecho no despreciable de que las innovaciones tecnológicas no se han visto acompañadas, por lo general, de una rigurosa evaluación respecto a su eficacia, seguridad y coste-efectividad. El resultado ha sido un incremento incontrolado e ineficiente de los recursos disponibles que nos lleva hoy día a plantearnos la necesidad de racionar los recursos limitados.

Así las cosas, el mayor problema para la equidad no es saber si todos los ciudadanos tienen garantizado el acceso a la asistencia sanitaria, sino elegir los criterios de prioridad de acceso cuando la demanda de atención sanitaria supera a la oferta. Por ejemplo: ¿Debemos mantener las actuales listas de espera como el criterio más adecuado de acceso a los servicios sanitarios? ¿Hay que priorizar a los pacientes que entran con un mejor pronóstico o a los que están más enfermos? ¿Tenemos que combinar la atención pública con sistemas de *copago* simbólicos, reales, per cápita, o proporcionales a la renta individual? ¿Debemos tener en cuenta la responsabilidad de los individuos sobre sus enfermedades y discriminar el acceso por tal motivo? ¿Qué parte del presupuesto se debe destinar a los enfermos crónicos, a los terminales o a la prevención? ¿Hay que reducir los gastos hospitalarios en favor de los sociosanitarios? ¿Cuál es la lista de tratamientos, servicios y medicamentos que debe excluir de la gratuidad la sanidad pública? ¿Cómo se pueden resolver los conflictos entre la

eficiencia y la equidad? La respuesta o respuestas a cualquiera de tales cuestiones, sin duda, nos debe obligar a reinterpretar el significado del derecho a la asistencia sanitaria, derecho que, tradicionalmente, se ha asociado a la igualdad de acceso por igual necesidad. ¿Cómo podemos compatibilizar el derecho a la asistencia sanitaria y, al mismo tiempo, racionar los recursos sanitarios limitados?

42 En este contexto, la propuesta de la corresponsabilidad tiene como objetivo contribuir a la sostenibilidad del sistema, es decir, a mantener la equidad y la eficiencia con el objetivo de que haya más recursos para más enfermos en condiciones de acceso justo a la atención sanitaria. La cuestión ética más relevante a debatir es si esa propuesta es realmente respetuosa con la equidad.

Por supuesto, habría que contemplar otras alternativas para enfrentarse al problema de los recursos limitados. La más llamativa consiste en incrementar los fondos públicos de la sanidad, es decir, insistir en la responsabilidad social de la atención sanitaria. Es el camino más natural a seguir para evitar el problema de limitación de recursos, pero no es el tema de este artículo insistir en él. Creemos que todavía hay un margen amplio para aumentar la financiación pública del sistema sanitario, pero lo que ahora estamos debatiendo es si debe ir acompañada de alguna medida de responsabilidad individual o corresponsabilidad.

Es importante darse cuenta de que partimos de la realidad, de que los recursos de la sanidad son inevitablemente limitados (aunque es una discusión ética y política muy interesante saber cuál es la limitación real de los recursos: si es posible una mayor financiación pública o no; si el coste de los diversos productos de la sanidad, como los medicamentos, se ajusta al mercado o a menudo es una imposición de la poderosa industria farmacéutica, etcétera; es decir, saber en qué grado hay mayor o menor "inevitabilidad" de determinados recursos limitados. Pero no podemos dudar de que cierta "inevitabilidad" existe y de que los recursos no son infinitos para cubrir toda la demanda de atención sanitaria de una población cada día más exigente). Hay que reconocer que en las actuales sociedades, la protección de la salud no es un mero hecho médico, sino también un hecho social y, en consecuencia, las necesidades de salud de los individuos pueden crecer fácilmente a medida que aumenta la oferta.

Así pues, la propuesta del copago y de la corresponsabilidad viene a colación porque los recursos son limitados. En otras circunstancias, más próximas al paraíso, donde existen abundantes recursos para todos los que los necesitan, no haría falta

plantearse la bondad de medidas como esas. En cierta manera, podemos considerarlas como un mal menor para satisfacer el deseo de construir una sanidad sostenible: justa y eficiente a la vez. Una parte de la ética se dedica a buscar el mejor mundo posible, y otra, compatible con aquella, se dedica a buscar el mejor mundo posible de “entre los posibles”. A esta última tarea, estamos aquí encomendados. Dicho esto, lo que ahora toca es evaluar, desde la reflexión moral, las ventajas y los inconvenientes de la propuesta de la corresponsabilidad.

Eficiencia y equidad

Se suele pensar que la eficiencia es un valor meramente técnico, es decir, neutral respecto a la moralidad; con efecto, sin duda, sobre los valores morales, aunque por sí mismo, ajeno a ellos. Pero no es cierto. Un servicio sanitario eficiente puede ser aquel, por ejemplo, que niega los recursos caros a los pacientes con enfermedades minoritarias y de mal pronóstico, o aquel que permite que las pérdidas de la salud de unas personas se compensen por la ganancias de salud de otras, para que reduzca, así, el valor de las personas a meros recipientes de salud, como propone el criterio utilitarista de la maximización de la salud agregada (más conocido académicamente como el criterio de los AVAC² o los QALY). En ambos casos, la eficiencia no se limita a buscar la manera más óptima de ordenar o producir los bienes, sino que prioriza a unas personas contra otras. Y también, en ambos casos, podemos tener serias objeciones morales a ese tipo de prioridad. Podemos pensar, por ejemplo, que las personas que sufren enfermedades huérfanas no merecen estar en la cola de la prioridad, o que si Pedro padece una enfermedad dolorosa, su situación no se elimina o se compensa mejorando la salud de María, pese a que, con el mismo coste, sea posible una gran mejoría en la salud de ella y sólo una nimia mejoría en la de él. La eficiencia funciona por sí misma, en muchas ocasiones, como un criterio moral de prioridad o de racionamiento, y encierra valores, creencias y elecciones morales que, pocas veces, se vuelven explícitas.

Deseamos destacar esta circunstancia porque uno de los argumentos fuertes que se esgrimen a favor de la propuesta de la corresponsabilidad es el hecho de que se ganaría en eficiencia en la provisión de los recursos sanitarios. El incremento de la eficiencia es importante –de eso no cabe duda–, pero también es cierto que sólo será moralmente valioso si el sistema de prioridad que propone no altera la equidad. El

argumento de la eficiencia, por tanto, por sí solo no es una razón moralmente suficiente y nos remite de nuevo a la cuestión de la equidad. En definitiva, la propuesta de la corresponsabilidad es buena si no produce inequidad en el sistema sanitario.

44

La corresponsabilidad aumentaría previsiblemente la eficiencia, ya que regularía de forma más eficaz las necesidades médicas. ¿Por qué? Nuestro sistema sanitario tiene el encargo de atender las necesidades de salud de la población, pero, curiosamente, no dispone de una definición de necesidad médica que vaya más allá del catálogo de prestaciones sanitarias que, por otra parte, es bastante generoso en sus inclusiones. Es médicamente necesario todo lo que está incluido en el catálogo de prestaciones, pero no existe algo así como una concepción objetiva de las necesidades médicas. Las necesidades médicas se evalúan, inicialmente, como necesidades expresadas por los pacientes, es decir, necesidades subjetivamente percibidas que, sólo tras la visita a los profesionales de la sanidad, se vuelven necesidades más objetivas. La demanda se convierte, así, en la primera expresión de la necesidad. Lo que no llega a convertirse en demanda tampoco puede ser evaluado como necesidad, lo que implica algunas contradicciones morales serias, si consideramos que la equidad en la salud se mide por el igual acceso a igual necesidad. Los colectivos que tienen dificultades para expresar su demanda (como los niños que viven en ambientes socialmente conflictivos, muchos ancianos que viven solos, los inmigrantes –incluidos los ilegales–, los drogodependientes o los *sin techo*) pueden quedar paradójicamente fuera de la evaluación de la equidad, puesto que su ausencia de demanda suele ser interpretada como ausencia de necesidad.

Por esa razón, la concepción de la equidad que hay que utilizar para evaluar el acceso justo a la atención sanitaria no debería ser la igual necesidad (o el igual acceso por igual necesidad). Todavía menos bajo la corresponsabilidad, puesto que la corresponsabilidad (por ejemplo, a través del copago) tiene la característica añadida de transformar la necesidad expresada, como enseguida veremos. Por lo tanto, la equidad no puede medirse por la necesidad expresada sin caer en un círculo vicioso.

Ya hemos dicho que la salud es un hecho social y no un hecho meramente médico, de modo que la percepción de la salud está condicionada por múltiples factores sociales y culturales. En ausencia de medidas efectivas de corresponsabilidad, los individuos tienen fuertes incentivos para acudir al sistema sanitario cada vez que perciben una pérdida de salud, pese a que se trate de una falsa percepción en

términos estrictamente profesionales. El resultado es que los individuos no siempre acceden al sistema sanitario con necesidades médicas profesionalmente asumidas. La corresponsabilidad basada, por ejemplo, en el copago, aunque supusiese un pago casi simbólico por parte del paciente, obligaría a que los individuos se volvieran más responsables a la hora de decidir si deben acudir al sistema sanitario. Se espera que irían en caso de verdadera necesidad, y que dejarían de ir si los costes de hacerlo (incluido el coste del copago) superan a los costes de no hacerlo. Si los costes económicos de la corresponsabilidad son suficientemente bajos para el individuo como para no producir desigualdad de acceso por razones económicas (para no comprometer a la equidad), pero suficientemente altos como para que el individuo lo perciba como un "coste real", el uso de los servicios sanitarios ganaría en eficiencia sin perder equidad. La racionalidad individual que hay detrás del comportamiento esperado por los individuos con el copago es la misma que la que sostiene al sistema de mercado, sólo que, en la propuesta de un copago casi simbólico, se pretenden conseguir los mejores efectos de la responsabilidad individual eludiendo los peores efectos del mercado puro (por ejemplo, que necesidades médicas que impliquen gravedad no sean atendidas porque el enfermo no dispone del dinero que requiere una atención sanitaria de calidad).

Sin embargo, la equidad puede verse afectada por otra razón. Supongamos que la corresponsabilidad se traduce en la propuesta de un copago casi simbólico, es decir, suficientemente bajo como para permitir que todos los enfermos o los individuos potencialmente enfermos puedan sufragarlo, pero suficientemente alto como para que represente un coste real o significativo. Por lo que sabemos de la racionalidad individual, aumenta, así, la expectativa de que los individuos no utilicen los servicios sanitarios si no es realmente necesario. Y, ¿cuándo es necesario? Cuando los costes de no utilizarlo superan a los costes de utilizarlo, costes –estos últimos– que ahora se ven incrementados con el copago. Asumiendo que todos los individuos comparten el mismo grado de racionalidad, surge una paradoja para la equidad. Podría ocurrir que los ciudadanos más pobres fuesen los que menos utilizaran los servicios sanitarios a igual coste económico. Pero no porque sean lo suficientemente pobres, en términos materiales, para no poder pagar el coste económico añadido que supone el copago (de ser así, la medida sería indiscutiblemente contraria a la equidad). Podemos imaginar que disponen del dinero necesario para hacer frente a un copago prácticamente simbólico. Lo que ocurre es que la situación de pobreza o

de escasez de recursos condiciona el tipo de preferencias que los individuos acaban desarrollando sobre la necesidad médica: las personas que poseen pocos recursos económicos tienden a concentrar sus gastos en lo que resulta más urgente para ellos.

46 Un ejemplo ilustrará lo que se quiere decir. Imaginemos que alguien empieza a notar los síntomas de lo que parece ser un resfriado. Sabe que tiene derecho a que le visite un médico a condición de que “copague” la factura final, un copago ciertamente muy bajo en relación a la factura total. Imaginemos que el enfermo es una persona con pocos recursos económicos, que está, por esa razón, obligado a priorizar los gastos que él considera urgentes. Un resfriado puede no ser algo urgente a tratar: al fin y al cabo, muchos resfriados se van solos o con medidas caseras que no implican la intervención del sistema sanitario como tal. En consecuencia, el enfermo pobre decide no acudir al sistema sanitario, y el coste del copago actúa como la razón marginal o última que le ha llevado a tomar esa decisión. En otras palabras, sin la existencia del copago, hubiese visitado a su médico de la Seguridad Social: después de todo, sin el copago, una visita al médico es, por el momento, gratis para el usuario. Supongamos ahora que las cosas se han complicado y el resfriado se ha convertido en pulmonía. Una visita precoz al médico podía haber detectado los primeros síntomas de la pulmonía y prescribir un tratamiento preventivo eficaz, pero ahora ya es demasiado tarde. Por otra parte, otros individuos con la misma sintomatología y con mayores recursos económicos, que no tienen la necesidad de priorizar lo que interpretan como urgente en sus vidas, tienen más incentivos racionales para visitar al médico ante los primeros síntomas de un aparente resfriado, lo que a la larga disminuye considerablemente la probabilidad de desarrollar la pulmonía.

El resultado paradójico es que cuanto menos recursos económicos tienen los individuos, mayor es la probabilidad de que los sistemas de copago perjudiquen a la larga sus estados de salud. Esta es una consecuencia claramente contraria a la equidad, tanto si esta se mide por la igualdad de acceso por igual gravedad, como si se mide por la contribución del sistema sanitario a disminuir las desigualdades de salud de la población que correlacionan con las desigualdades económicas, correlación que está ampliamente contrastada. De hecho, esta segunda concepción de la equidad debería ser la referencia a utilizar en situaciones de corresponsabilidad, puesto que se centra en el estado final de salud de los individuos, que elude el círculo vicioso entre la necesidad y la demanda.

Pensemos, a modo comparativo, en otros ejemplos que hacen que el sistema actual no sea equitativo. Existen largas listas de espera en la sanidad pública para recibir una prótesis de cadera. Por otra parte, existen también clínicas privadas que implantan prótesis de cadera sin listas de espera a un coste medio aproximado para el paciente de seis mil euros. Muchos enfermos que necesitan una prótesis poseen el dinero suficiente para acudir a una clínica privada y saltarse las listas de espera de varios meses. Sin embargo, la mayoría no lo hace. ¿Por qué? Porque entienden que su situación no es lo bastante urgente para no poder esperar varios meses. Pero ese resultado no es equitativo, ya que los enfermos menos pudientes económicamente acaban soportando la menor calidad de vida que supone estar varios meses sin la prótesis que necesitan. Este resultado no es equitativo porque los más ricos no sólo compran mayores comodidades sanitarias, sino, directamente, más salud, lo que aumenta las desigualdades de salud de la población que dependen de la desigualdad socioeconómica.

47

Así pues, cuanto más pobre es un enfermo de la sanidad pública, más incentivos tiene para no utilizar el sistema sanitario a igual necesidad médica si se implanta el sistema del copago, y cuanto menos pobre sea, a priori, más fácilmente estará dispuesto a utilizar el sistema sanitario con copago. Este es un resultado claramente contrario a la equidad, puesto que perjudica a los más pobres. Con la implantación del copago, ellos pueden llegar a ser los principales agentes del ahorro sanitario y, por el contrario, también los principales perjudicados por los beneficios potenciales de ese ahorro. Cualquier medida de copago per cápita podría convertirse en un criterio encubierto de racionamiento o de prioridad de acceso por capacidad de pago.

La propuesta del copago podría ser, incluso, contraria también a la eficiencia. Recordemos al enfermo pobre que no visita al médico porque considera que el resfriado no representa una urgencia que merezca pagar el coste que supone el copago en ese caso. Recordemos, también, que lo que parecía un simple resfriado acaba siendo en realidad una pulmonía. Ahora sí que hay una urgencia que justifica la visita al médico, pero obviamente los costes para la sanidad pública han aumentado. En realidad, los costes económicos para la sanidad pública son mayores, precisamente porque el enfermo ejerció su responsabilidad de forma racional al tener que decidir si utilizaba los servicios sanitarios.

Se podría pensar que eso es lo que ocurre en ese caso concreto, pero que el copago acaba produciendo, en términos globales, un ahorro positivo para el sistema sanitario. Pero aquí aparece de nuevo la concepción variable de la eficiencia. Aunque el copago produjese eficiencia económica, podría producir al mismo tiempo ineficiencia en la producción de salud, ya que la cantidad de salud global de la población disminuiría como consecuencia de que algunos individuos verían perjudicada su salud con el copago. Si algunos individuos retardan la utilización del sistema sanitario con la esperanza de que no tengan la necesidad real de hacerlo, la salud global del conjunto de la población sólo puede disminuir: nunca mejorar. Aún peor: la salud de los más pobres sería la más afectada por la disminución de la salud global. De la ineficiencia pasamos, de nuevo, a la inequidad.

Ahora bien, estas conclusiones están presuponiendo una variante de la corresponsabilidad en la financiación de la sanidad pública: el copago per cápita, es decir, que el usuario pague una misma cantidad económica por un mismo servicio o bien. No es un argumento contra toda forma de copago y mucho menos contra la corresponsabilidad en sí misma, sino sólo contra la versión de la corresponsabilidad que se traduce en hacer pagar a todos los usuarios de la sanidad pública una misma cantidad económica por igual servicio utilizado. Cabría buscar algunas alternativas de la corresponsabilidad o del copago que puedan anular los efectos contrarios a la equidad que aquí se señalan al mismo tiempo que se conservan los beneficios de la corresponsabilidad.

Responsabilidad e igualdad

Responsabilizar a los individuos de sus elecciones es algo bueno, incluso si se trata de las elecciones sobre la propia salud. Al fin y al cabo, eso es lo que consagra el principio de autonomía en bioética. Pero la autonomía se invoca, generalmente, para que los enfermos puedan rechazar los tratamientos propuestos por los profesionales de la salud. ¿Debe aplicarse también a las elecciones sobre la producción de salud? Deberíamos pensar que sí: somos responsables de comer sanamente, de hacer ejercicio físico, de no beber alcohol si conducimos, etcétera. Pero, ¿somos también responsables de la atención sanitaria que deberíamos recibir? Hasta ahora, dentro del Estado del Bienestar se ha pensado que el Estado debía asumir por completo ese tipo de responsabilidad o deber. Sin embargo, aunque ha costado

mucho alcanzar el acceso universal a un sistema sanitario público y gratuito (algo de lo que todos nos debemos enorgullecer), reducir la responsabilidad a responsabilidad social, sin espacio para la responsabilidad individual, tiene claros inconvenientes.

El primero de ellos es que incentiva la aparición de *gorrones*, que es el término tanto académico como popular para designar a los 'individuos que se aprovechan del bien público sin contribuir a él'. El *gorrón* o *free-rider* es aquel que sabe que obtendrá todo el bien común que quiere sin la obligación de contribuir a él. Eso es lo que puede ocurrir si los enfermos no tienen la obligación de contribuir individualmente a la provisión de los servicios sanitarios que reciben: tienen un incentivo racional para convertirse en gorriones: para utilizar abusivamente los servicios sanitarios, lo que provoca una mayor limitación de los recursos disponibles sin que se haya incrementado la salud de nadie. Naturalmente, no estamos afirmando que todos los usuarios de la sanidad pública y gratuita sean o se acaben convirtiendo en unos gorriones, sino que existe un incentivo racional para que eso suceda, un comportamiento que puede verse compensado, por supuesto, por una correcta educación cívica. Sin embargo, no hay que menospreciar los efectos negativos de los gorriones en el gasto sanitario.

49

Se dirá que los ciudadanos de nuestro país contribuyen al bien común de la sanidad a través de los impuestos, de modo que, excepto si eluden sus obligaciones fiscales, no se produce el fenómeno del gorrón. Pero hay otras formas sutiles de aprovecharse del bien común esquivando una parte de la obligación de contribuir. Cuando utilizamos incorrectamente los servicios sanitarios (adquiriendo medicamentos que no utilizaremos, simulando enfermedades, utilizando innecesariamente los servicios de urgencia, abusando de las pruebas de diagnóstico...), estamos comportándonos irresponsablemente. Es cierto que no es posible malversar los recursos sanitarios sin la complicidad de los profesionales de la salud, pero la realidad es que la responsabilidad en el uso de los servicios sanitarios no es una obligación únicamente de tales profesionales: los ciudadanos debemos ser responsables del uso que damos a los bienes y los servicios públicos. De lo contrario, la presión que padecen los profesionales de la salud se vuelve insostenible en la práctica.

La responsabilidad es, por tanto, también un deber ciudadano y no sólo del Estado o de la sociedad en general. Es una condición del comportamiento cívico sin el cual no es posible una convivencia buena o adecuada. Aunque sea una obligación pública mantener limpias las calles, los ciudadanos tienen el deber cívico de no ensuciar innecesariamente las vías públicas. Del mismo modo, pues, aunque sea un

deber público sostener el sistema sanitario, es también un deber personal no aprovecharse injustificadamente de él. La propuesta del copago tiene como una de sus finalidades contribuir a que los individuos sean individualmente responsables (o sea, corresponsables junto al Estado) de sostener (es decir, de mantener la eficiencia y 'la equidad de') el sistema sanitario.

50 La responsabilidad individual en la financiación del sistema sanitario debe ser una exigencia del Estado del Bienestar y, en la medida en que los individuos solos no son capaces de asumir esa virtud en su conducta social, hay que incentivarla desde las instituciones. Eso es lo que justifica, por ejemplo, algo tan necesario como la existencia de policías o de inspectores fiscales en la sociedad. Si el copago contribuye a aumentar la responsabilidad individual sin perder equidad, entonces es una propuesta a tener muy en cuenta.

Un segundo inconveniente de ignorar la responsabilidad individual en la provisión de bienes y servicios públicos es que incentiva que los individuos no se responsabilicen de sus acciones y elecciones, cosa que, por sí misma, no es algo deseable. Es habitual comprobar que muchos enfermos se sienten completamente exculpados de las pérdidas de salud que sufren, atribuyen, con sorprendente facilidad, a agentes externos la completa responsabilidad por su falta de salud: a la incompetencia de los médicos, a lo mal que funciona el sistema sanitario, a la publicidad engañosa de los productos que afectan a la salud, etcétera. Difícilmente encontramos individuos con suficiente capacidad autocrítica como para compensar la responsabilidad externa con la interna. La ausencia de medidas que promuevan la responsabilidad individual en la provisión de los bienes y servicios del Estado del Bienestar tiende a crear una especie de cultura de la exculpación individual, en la que la responsabilidad última por los problemas individuales siempre recae en los demás, sobre todo en las instituciones que asumen la responsabilidad colectiva por mantener el bienestar de los individuos. La gratuidad completa del sistema sanitario público refuerza esa cultura social de que los individuos tienen infinidad de derechos y escasas obligaciones.

Por motivo de esa cultura de la responsabilidad ajena, resulta harto complicado, también, introducir la idea de la responsabilidad personal en el corazón de los criterios de equidad distributiva en la salud. Algunos autores (LeGrand, Dworkin, Roemer,...) han intentado articular, hasta la fecha sin éxito, un criterio de equidad en la salud sensible a la responsabilidad individual. Centrémonos en uno de ellos a

modo de ejemplo. Para Ronald Dworkin, en un contexto de obligada escasez de recursos, resulta una ingenuidad e, incluso, una inmoralidad menospreciar los costes reales de nuestras decisiones. Por esa razón, propone un nuevo modelo de justicia sanitaria en el que los individuos deben elegir (en un modelo hipotético o contrafáctico de contrato social) el modo justo de distribuir los recursos sanitarios limitados asumiendo individualmente tanto los beneficios como las cargas del racionamiento; asumiendo, en definitiva, que no todo es posible, que los derechos están limitados por los recursos disponibles.

51

Tras las elecciones responsables que los individuos realizarían sobre el reparto justo de los recursos sanitarios limitados, Dworkin prevé que se crearían, por una parte, instituciones públicas para reducir los costes de la acción colectiva y, por otra parte, planes de seguros que valorarían económicamente los riesgos que los contratantes están dispuestos a asumir. El resultado de ese proceso sería la aparición de un seguro de carácter universal y de prestaciones mínimas al estilo de los que existen en países como Gran Bretaña, Canadá o España. Lo interesante desde el punto de vista ético es que los contratantes elegirían, siguiendo un principio de la prudencia (*prudent principle*), que se aparta del clásico principio de la necesidad. En palabras del propio autor: “el test pregunta lo que la gente decidiría gastar en su propia atención médica, como individuos, si estuviesen comprando un seguro bajo las condiciones de un mercado libre y equitativo, e insiste, primero, en que como nación deberíamos gastar lo que están dispuestos a gastar los individuos, bajo las condiciones descritas; y, segundo, que deberíamos utilizar el gasto agregado para asegurarnos que todos tendrán ahora, como individuos, lo que en aquel caso tendrían”³.

En un primer momento, la gente se sentiría tentada de asegurarse contra todo tipo de enfermedades. Pero, inmediatamente, se darían cuenta de que el coste de un seguro tan ambicioso resultaría prohibitivo y entonces decidirían “prudentemente” rebajar la cobertura del seguro. El paquete de prestaciones que la media de la gente estaría dispuesta a contratar debería determinar la cobertura que actualmente deberían tener los sistemas sanitarios públicos, es decir, se encargaría de marcar los límites al derecho a la atención sanitaria. En ese caso, Dworkin intuye qué tipo de prestaciones quedaría excluido de la cobertura universal. Por ejemplo: la gente no se aseguraría contra una vida vegetativa ligada a una tecnología muy cara de mantener; tampoco se aseguraría contra las intervenciones caras en situaciones de demencia;

pocas personas adquirirían un seguro contra las intervenciones sanitarias muy costosas que sólo pueden prometer pocas semanas de vida. La idea general es que la media de la población no estaría dispuesta a hipotecar la mayor parte de sus ingresos durante toda su vida con el fin de pagar un seguro contra una enfermedad de la vejez cuyo tratamiento sea muy costoso. “Mi punto de vista –concluye Dworkin– es que no querrían esos meses adicionales a costa de los sacrificios, en sus incipientes y vigorosas vidas, que serían necesarios si realizan esa elección. Pensarían que, durante la juventud, el dinero se gasta mejor en formación laboral, educación, inversiones o cualquier otra cosa que les resultase más beneficiosa”⁴. A pesar de eso, los tratamientos caros y poco efectivos se deberían poder comprar adicionalmente en un mercado privado de la sanidad.

La propuesta de Dworkin, diferente a la del copago, como hemos visto, pero en la misma línea de la corresponsabilidad, tiene ventajas e inconvenientes⁵, pero sobre todo hay que reconocerle la valentía de introducir el valor de la responsabilidad individual en la definición y asunción de un criterio de equidad en la salud ajustado a tiempos de limitación de recursos.

La responsabilidad individual cumple, por tanto, un papel importante tanto en la financiación pública como en la distribución de la atención sanitaria: vuelve más eficiente el sistema sanitario y contribuye positivamente a la formación de individuos socialmente responsables. La reciente literatura en ciencias sociales corrobora esta última afirmación. Bowles y Gintis⁶ sostienen, con evidencia experimental, que los individuos se comportan socialmente motivados por una reciprocidad fuerte, una generosidad condicionada a que los receptores de la generosidad realmente la necesiten y no quieran aprovecharse de la buena fe de los generosos. Dicha tesis abre un campo muy interesante de explicación de las motivaciones que subyacen al mantenimiento del Estado del Bienestar. Los individuos racionales están motivados a ayudar a los demás siempre y cuando los receptores de la ayuda no utilicen perversamente las buenas intenciones de quien ayuda. Quien recibe una beca pero no estudia, o un subsidio de desempleo pero no tiene intención de buscar trabajo o lo busca en la economía sumergida al mismo tiempo que no renuncia al subsidio, o quien adquiere medicamentos con recetas de terceras personas o abusa de la baja laboral, irrita sobremanera a los generosos, hasta el punto de que éstos están dispuestos a retirar toda ayuda, incluso si ellos mismos salen perdiendo con tal acción.

El Estado del Bienestar se sostiene, por tanto, desde el punto de vista de la racionalidad moral, con la presunción de que sus beneficiarios no abusan de él. Si se produce el abuso, las motivaciones sociales a favor del mantenimiento del Estado del Bienestar se resienten. Con esta evidencia sobre las motivaciones racionales en la mano, cabe pensar que todos los mecanismos que impidan que se produzca el abuso de los servicios sanitarios contribuyen no sólo a la eficiencia del sistema, sino también a su sostenimiento. A la hora de comprometerse con el mantenimiento del Estado del Bienestar, resulta que no sería tan importante el coste (más o menos elevado) de su financiación como la conducta cívica o incívica de sus beneficiarios (intereses ideológicos al margen). Un mecanismo de corresponsabilidad resultaría ser una medida racionalmente imprescindible para el sostenimiento motivacional y, por tanto, también financiero del Estado del Bienestar.

53

Sin embargo, aunque hay que buscar el modo de que la responsabilidad individual tenga un papel relevante tanto en la financiación pública de la atención sanitaria como en su distribución justa, no debemos caer en la tentación liberal de reducir la equidad y la justicia sanitarias a las consecuencias de la libertad y la responsabilidad individuales. La responsabilidad social debe seguir teniendo el protagonismo actual, porque de otro modo las desigualdades injustas (y no sólo las justas, es decir, las que se derivan de la responsabilidad individual) no pararían de crecer. El sistema sanitario estadounidense, que es el que más tiene en cuenta la responsabilidad individual en la financiación y la distribución de la atención sanitaria, es también el que más desigualdades injustas produce o, dicho de otro modo, el que más desigualdades injustas deja intactas. Lo que estamos afirmando es que no se deben ignorar los beneficios morales y económicos de incluir la responsabilidad individual en la financiación y la distribución de la asistencia sanitaria pública; eso sí, supeditándola a una concepción política de la igualdad que resalte la idea fundamental de que todos los ciudadanos son iguales en cuanto a derechos y deberes, que tienen derecho a ciertas cosas y a tratarse como ciudadanos iguales porque son personas de igual valor; y desvinculándola de la ideología más liberal que sostiene, erróneamente, que es posible proteger la libertad individual sin un generoso esfuerzo a favor de la justicia distributiva.

Pongamos un ejemplo. Imaginemos que una persona cae enferma debido, en buena parte, a que lleva un estilo de vida poco saludable (fuma, bebe, no realiza ejercicio físico, no lleva una dieta sana, practica deportes de riesgo, etc.).

Responsabilizarlo a su estilo de vida voluntariamente elegido debe tener un peso específico y un efecto en la financiación pública de la atención sanitaria que requiere y en la forma equitativa de distribuirla. No obstante, no debe pesar tanto como para llegar a negarle esa atención sanitaria si resulta que esa sería la consecuencia lógica de tener en cuenta únicamente la responsabilidad individual. Por encima de la responsabilidad individual en la pérdida de salud, debería seguir funcionando la responsabilidad social por los estados generales de salud de los individuos. Lo que hay que hacer es articular ambos tipos de responsabilidad (sin excluir ni a uno ni a otro) a través de un mecanismo o política adecuada. El sistema del copago puede ser uno de esos mecanismos si demuestra que no produce inequidad.

Conclusiones

La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria sale a colación porque vivimos tiempos de racionamiento, en que resulta inevitable que los recursos sanitarios sean limitados. Si pueden ser efectivamente más o menos limitados de lo que actualmente son, tiene que ver también con factores políticos e ideológicos, pero ninguna teoría o ideología política puede evitar una cierta limitación de los recursos de la sanidad. Ante este hecho, la corresponsabilidad tiene la intención positiva de contribuir a la sostenibilidad del sistema a través de su financiación: se trata de ganar eficiencia sin perder equidad.

Hemos visto que la eficiencia y la equidad están más conectadas de lo que parece y que, en el caso concreto de la corresponsabilidad, algunas propuestas como el copago –incluidos los copagos prácticamente simbólicos–, pueden acarrear un déficit de equidad. Esto no quiere decir que toda forma de copago produzca inequidad, y todavía menos que lo haga toda forma de corresponsabilidad. Por sí mismo, el copago no es ni equitativo ni contrario a la equidad, puesto que esta no se debería medir por el acceso al sistema sanitario (que es en lo que se centra el copago), ya que el criterio del igual acceso por igual necesidad se ve alterado por la misma presencia del copago, que tiene la característica de transformar la percepción de la necesidad de salud como necesidad expresada. La equidad del copago se debería evaluar por sus efectos en las desigualdades de salud (que es el criterio de equidad que proponemos que se utilice en este caso). Si el copago tiene el efecto de aumentar las desigualdades de salud entre los más pobres y los más ricos (o perjudica

la salud de los que tienen de media peor salud, generalmente los más pobres), entonces el copago es contrario a la equidad, pero si tiene el efecto de estrechar ese tipo de desigualdad, entonces, es equitativo. Si no tiene ningún efecto en la desigualdad referida, entonces, no es contrario a la equidad, y si, no siendo contrario a la equidad, incrementa la eficiencia, entonces, es una medida éticamente positiva. Si finalmente el copago (en cada una de sus posibles versiones) aumenta o disminuye las desigualdades de salud es algo que depende de la evidencia empírica que se disponga sobre ello.

55

Por otra parte, hemos afirmado que la corresponsabilidad representa un valor positivo por sí mismo, por dos razones: porque contribuye a que los individuos se responsabilicen de su conducta ante la sociedad y porque eso consolida la motivación que los individuos moralmente racionales desarrollan a favor del Estado del Bienestar, del que la atención sanitaria pública forma parte. Hasta ahora, la responsabilidad social ha presidido la equidad en la financiación y la distribución de la atención sanitaria, pero la responsabilidad social debe complementarse con políticas que reflejen también la responsabilidad individual. Naturalmente, sin que esta sustituya a aquella, como sucede en los sistemas sanitarios menos equitativos del mundo. Si alguna versión del copago logra una combinación armónica de ambos tipos de responsabilidad, entonces, es éticamente aceptable.

No cabe duda de que las medidas a favor de la corresponsabilidad que tengan la virtud de evitar el abuso que los individuos (consciente o inconscientemente) pueden infligir al sistema sanitario son éticamente bienvenidas. El copago es, sin duda, una buena herramienta para esa finalidad. En cambio, si se utiliza la corresponsabilidad únicamente para lograr una financiación extra a través de la utilización de los bienes y servicios sanitarios, una financiación basada en el mismo coste económico para todos los que utilizan por igual el sistema, hay más riesgos de inequidad: sobre todo porque los más pobres son además los que más padecen la desigualdad de salud y, en consecuencia, son los que más utilizan (o deberían utilizar, porque las mismas razones de la falta de recursos materiales explican en muchos casos una infrautilización del sistema sanitario por igual necesidad no expresada) la atención sanitaria pública.

La corresponsabilidad es necesaria y éticamente aconsejable, pero no debe sustituir a la solidaridad. La equidad no se basa sólo en la justicia (de la que la responsabilidad individual es una parte): también echa sus raíces en la solidaridad. La

justicia consiste en dar a cada uno lo suyo y en que cada uno aporte la parte que le corresponde. La solidaridad consiste en dar a los que no tienen aquello que necesitan y no esperar de los demás lo que no pueden aportar. En una sociedad justa y solidaria, hay un espacio reservado a la corresponsabilidad, porque de lo contrario se corre el riesgo de dar a quien ya tiene y de no abonar la parte de quien sí puede aportarla. Encontrar los límites precisos de la justicia, la solidaridad y la responsabilidad individual es una tarea difícil, pero eludirla es la peor de las soluciones. Para evaluar correctamente medidas como el copago, hay que estar meticulosamente atentos a la evidencia que producen en relación a todos esos valores.

Referencias bibliográficas

- Bowles, S., Gintis, H. *Moral Sentiments and Material Interests*. The MIT Press. 2005
- Callahan, D. *Poner límites*. Madrid: Triacastela. 2004
- Dworkin, R. *Justice in the Distribution of Health Care*. *McGill Law Journal*; 38(4): 891
- . *Will Clinton's Plan Be Fair?* *The New York Review*. Vol. XLI, 1 y 2, 13 de enero de 1994, p. 24
- Fiske, A. *Structures of social life*. Nueva York: The Free Press, 1991
- Puyol, A. *Ética, derechos y racionamiento sanitario*. *Doxa. Revista de Filosofía del Derecho*, 1999, n. 22: 581-605

Notas

- 1 Véase A. Fiske, *Structures of social life*, Nueva York: The Free Press, 1991.
Junto a la justicia distributiva "comunitaria" hay hasta otras tres formas de relación social que se pueden remontar al origen de la humanidad (la jerarquía, la igualdad y la proporcionalidad), que dan lugar a sus correspondientes formas de justicia distributiva.
- 2 Años de Vida Ajustados por Calidad o *Quality Adjusted Life Years*.
- 3 R. Dworkin, "Will Clinton's Plan Be Fair?", *The New York Review*, vol. XLI, 1 y 2, 13 de enero de 1994, p. 24
- 4 R. Dworkin, "Justice in the Distribution of Health Care", *McGill Law Journal*, vol. 38, n. 4, p. 891.
Sobre las conexiones entre la responsabilidad y la vejez como criterios de justicia distributiva en la salud, véase D. Callahan, *Poner límites*, Madrid: Triacastela, 2004.
- 5 En otro sitio, hemos esbozado los principales inconvenientes de la propuesta de Dworkin: A. Puyol, "Ética, derechos y racionamiento sanitario", *Doxa. Revista de Filosofía del Derecho*, n. 22, 1999, pp. 581-605.
- 6 S. Bowles y H. Gintis, *Moral Sentiments and Material Interests*, The MIT Press, 2005