

Justicia sanitaria

Raúl González Fabre - Final 20151126

Resumen

Nos centramos en la justicia (entendida en sentido moral, no inicialmente legal) de la relación entre el personal sanitario y los pacientes en la Sanidad pública, en el aspecto fundamental del acceso y la asignación de recursos.

Utilizando un esquema del antropólogo social Alan Page Fiske, distinguimos relaciones comunitarias, jerárquicas, igualitarias y de mercado, cada una con su concepto propio de justicia. Definimos además un concepto más amplio de justicia social que regula los tipos (y por tanto los conceptos internos de justicia) bajo los que se regirán los distintos aspectos de las relaciones.

Los diversos conceptos de justicia implicados no bastan, sin embargo, para la decisión moral. La decisión prudente equilibra principios (como los tales conceptos) con consecuencias (como la sostenibilidad económica del sistema).

Con este bagaje teórico, estudiamos la relación entre personal sanitario y usuarios en la Sanidad pública, examinando las ventajas y desventajas de regir el aspecto básico de la asignación de recursos en el sistema de salud desde modelos comunitarios, igualitarios o de mercado. Ello nos permite indicar qué está en juego, desde el punto de vista de la justicia, en cada una de las propuestas políticas en torno a esa asignación de recursos.

Proponemos dos líneas de avance, para intentar elaborar una nueva respuesta que realice la justicia social en el sistema de salud y sea al mismo tiempo sostenible económicamente: rebajar la rigidez de "derecho adquirido" y devincular parcialmente la sanidad pública del trabajo para financiarla más con impuestos.

1. Justicia y derechos

Vamos a hablar en esta breve ponencia de la justicia en sentido moral. Se trata de un concepto de justicia que no es creado por la ley sino al revés, la antecede, de manera que puede decirse sin contradicción que una ley sea injusta. La justicia en este sentido constituye un regulador moral de los reguladores sociales que son las normas públicas.

La justicia consiste, se dice desde Ulpiano, en "la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno su derecho"¹, lo que le corresponde. Cuál sea el derecho de cada uno, incluso quién sea sujeto de derecho, es un asunto discutido. La definición de Ulpiano explicita un aspecto importante y permite sugerir otro, ahora probablemente más significativo que hace casi dos mil años, cuando la costumbre era más importante en la vida social:

¹ Tomás de Aquino, ST, IIa-IIae, q. 58, a. 1.

- El aspecto que explicita es que la justicia constituye una virtud moral, esto es, una característica interna del sujeto, una calidad moral suya. No consiste por tanto en una mera restricción externa.
- Y solo sugiere que la justicia requiere una cierta estabilidad: lo justo ha de ser independiente de mi conveniencia del momento. Debe expresar una racionalidad que trasciende mis intereses. La idea ha persistido a través de los siglos; nos la encontramos por ejemplo en el “velo de la ignorancia” de Rawls (1971).

Lo que no está en la definición de Ulpiano es en qué consiste la racionalidad de la justicia que da origen a los derechos de cada cual. En realidad, dos racionalidades son relevantes a ese respecto: una absoluta sobre la cual se fundan los derechos subjetivos, que se deben a todas las personas independientemente de sus acciones concretas; y otra relativa a lo que cada uno haga o contribuya al bien común, sobre la cual se basan los derechos objetivos.

La racionalidad de los derechos subjetivos funciona mejor para preceptos negativos que positivos. Evitar tratos crueles o degradantes es más fácil que asegurar un derecho incondicional a la vivienda.

Los derechos objetivos buscan alguna forma de equilibrio entre los participantes en la producción de un bien. Cabe pensar en razones de equilibrio muy diversas: la contribución directa a la producción del bien, la igualdad en diversos niveles (igualdad material, igualdad de acceso...), el mérito o alguna otra forma de jerarquización, la mayor utilidad para el conjunto (medida a su vez por parámetros declarados intersubjetivos o por algún sistema de composición práctica de las preferencias subjetivas, como un mercado)...

2. Las fuentes relacionales de la justicia

La razón de justicia varía pues con el tipo de relación de que se trate. Alan Page Fiske (1993), un antropólogo social de California-Berkeley, propone cuatro tipos de relaciones elementales de cooperación, que dan lugar a cuatro tipos de razones de justicia. Resumimos aquí una lectura nuestra de su teoría enfocada en el aspecto económico (por tanto algo más restringida en aplicación que la teoría de Fiske, referida en general a las relaciones sociales).

Según esta idea, las relaciones sociales complejas están compuestas de relaciones elementales, que gobiernan cada uno de los aspectos de la relación compleja, según alguno de estos cuatro modelos:

- Comunitarias: en que cada cual recibe según su necesidad y contribuye según su capacidad.
- Jerárquicas: quienes están abajo en la jerarquía ofrecen su obediencia a quienes están arriba; y estos a su vez utilizan esa obediencia para generar un poder que usan para el bien común, del cual se benefician los de abajo.

- Igualitarias: todos dan y reciben simbólicamente lo mismo, de acuerdo a reglas iguales.
- De mercado: cada cual recibe en función estricta de lo que contribuye al otro.

Siguiendo la lógica de Walzer (1983), cada tipo de relación requiere un concepto diferente de justicia. En la mayor parte de los casos, los problemas aparecen, dice Fiske, por diferencias entre las partes involucradas respecto al concepto de justicia aplicable a un determinado aspecto de la relación concreta, y por tanto respecto al tipo de relación elemental que regula ese aspecto.

Presentar uno de tales conflictos es el objeto de este papel: en el sistema público de salud, ¿debe fundarse la asignación de recursos al paciente (empezando por el acceso) en su necesidad, como en una comunidad, en su derecho legal, como en una relación esencialmente igualitaria, o en su contribución directa al mantenimiento económico del sistema, como en la lógica de un mercado?

Adicionalmente a estos cuatro conceptos de justicia en las relaciones elementales, podría pensarse un quinto, que llamaremos aquí "justicia social". La "justicia social" que nos ocupará consiste en cuál de los cuatro tipos de relaciones elementales va a gobernar cada aspecto de las relaciones reales. Se trata de un nivel "arquitectónicamente" distinto al de los tipos elementales: una cosa es la justicia dentro de cada tipo de relación elemental, y otra la justicia consistente en qué tipo de relación elemental debe regir cada aspecto de la vida social.

El diseño de las relaciones concretas resulta de un cierto devenir histórico, y puede por ello ser muy variado de una cultura a otra. Sin embargo, si consideramos que hay un cierto consenso moral en torno a los derechos humanos, podríamos afirmar que no importa en qué diseño preciso, las relaciones elementales deben ser equilibradas de manera que se ofrezca a todas las personas el respeto de su subjetualidad fundamental y la posibilidad de satisfacer sus necesidades básicas con un esfuerzo normal, no heroico, tal como están recogidas en los tratados de derechos humanos, que vienen a esbozar una ciudadanía universal.

Este es un enunciado evidentemente normativo. Dos aspectos descriptivos dificultan la posibilidad de ponerlo en práctica:

Por una parte, puede ocurrir que una cierta sociedad haya aceptado regir relaciones sociales fundamentales sobre un modelo que sus legisladores consideran superior, pero que no es el resultado de la evolución "interna" por así decirlo de la cultura de la misma sociedad. Resulta entonces lo que a veces se llama la "corrupción" de las instituciones, que en realidad consiste más bien en que la norma oficial para cierta relación sostiene un determinado criterio de justicia (la igualdad ante la ley, por ejemplo) y la práctica generalizada sostiene uno distinto (la preferencia por los míos en un contexto comunitario, por ejemplo, o la prioridad del que paga).

Un segundo problema para realizar cualquier concepto de justicia social, es que debe dar lugar a una sociedad competitiva, es decir, a una sociedad capaz de sostenerse en las competencias del momento. Hoy esas competencias son en buena medida económicas, de forma que una sociedad competitiva viene a mostrarse en que es capaz de atraer (o retener si ya los tiene dentro) factores libres de producción: capitales invertidos o prestados, trabajo en general y trabajo cualificado.

Como en todas las decisiones morales, en el ámbito de la sanidad pública debe buscarse el mejor equilibrio posible entre principios (tipos de relación que se realizarán, conceptos de justicia aplicables) y consecuencias esperadas (incluidos los efectos indeseados producto de la cultura de base, y las repercusiones sobre la competitividad / sostenibilidad económica de la sociedad). Desde el punto de vista de la tradición ética cristiana, las decisiones morales no pueden basarse solo en principios ni solo en consecuencias. La prudencia requiere un equilibrio entre ambas.

3. Las relaciones con los pacientes en una institución sanitaria pública

En una institución sanitaria pública se dan una serie de relaciones complejas. Vamos a interesarnos aquí principalmente por la relación con los pacientes, ejemplificando cómo se realizan en ella las diferentes relaciones elementales de las que habla Fiske.

El más obvio de los componentes es el jerárquico: el personal médico tiene el conocimiento y el paciente por lo general carece de él. Eso establece una asimetría de base, que es también de poder de decisión acerca de lo que ha de hacerse, incluido qué tratamientos utilizar, cuándo ingresarse, etc. Básicamente el paciente confía en que el personal médico hará lo mejor que su saber le permita en favor de la salud del enfermo.

El concepto de justicia asociado a esta relación jerárquica parece claro. Ya fue expresado en el juramento hipocrático. Sin embargo, solo con esto ya hay algunos problemas. Dado que “salud” es un término muy ambiguo que conoce gradaciones obvias ¿se trata de recomendar lo mejor en favor de la vida del paciente, o lo más cercano a su deseos? Y luego, ¿cuán genuinos esos deseos o cuán inducidos por la “cultura del descarte” que flota en un medio ambiente consumista, en que también las personas son consideradas por su utilidad?

Pese a las dificultades que eventualmente afloran, la relación jerárquica entre personal médico y pacientes no resulta, en nuestra sociedad, especialmente problemática. Al contrario, el personal médico constituye el colectivo más apreciado por la sociedad española, a juzgar por el Barómetro de Confianza Institucional de Metroscopia².

La segunda relación obvia para el paciente es la igualitaria, que rige el acceso al sistema público de salud. Hay unas reglas en efecto iguales para todos, que se aplican en la admisión a las instituciones, la asignación de consultas, las listas de espera para intervenciones, etc. Esa relación igualitaria expresa la ciudadanía. Parece funcionar

² <http://metroscopia.org/una-sociedad-menos-enfadada/>

razonablemente bien, en el sentido de que las quejas por un tratamiento no igualitario o externo a las reglas son raras entre los pacientes. Con más frecuencia pueden darse en otros aspectos de la gestión de instituciones sanitarias, pero no en ese.

Mucho más discutida que las dos anteriores, es la relación de mercado que el copago de las medicinas introduce. Esa relación, justificada por el exceso de la demanda si las medicinas son muy baratas (algo que la Microeconomía describe y la experiencia confirma) y por la necesidad de reforzar la sostenibilidad económica del sistema, levanta sin embargo la sospecha de que la dirección políticamente deseada es la privatización del sistema público de salud, de manera que no sea la ciudadanía sino la capacidad de pago el criterio fundamental del servicio público.

Finalmente, la admisión universal a los sistemas públicos de emergencia sanitaria (desde las ambulancias hasta las urgencias de los hospitales) establece un elemento comunitario, en que la necesidad constituye el criterio básico de participación en el sistema.

4. El conflicto entre comunidad y legalidad

Si esta constituye una descripción aproximada (y simplificada) de la combinación de relaciones elementales con la que se encuentra un paciente frente al sistema público de salud, no es una descripción sin conflictos. En este epígrafe y el siguiente vamos a fijarnos en dos de ellos, relacionados ambos con el concepto de justicia social que hemos presentado, esto es, con qué concepto de justicia específico se aplica en cada caso.

El primero de esos conflictos se refiere a si la relación del paciente con el sistema público de salud debe ser fundamentalmente igualitaria o fundamentalmente comunitaria. No se trata de si lo es de hecho --de hecho, es legal, se rige bastante bien por reglas públicas, ante las cuales todos los ciudadanos son iguales--, sino si debe serlo.

Primero, recordemos la diferencia práctica: en una relación comunitaria, cada cual recibe según su necesidad y contribuye según su capacidad; en una relación igualitaria basada en reglas, cada cual recibe según aquello a lo que tenga derecho legal, y contribuye según su obligación legal. Es muy distinto.

En segundo lugar, notemos que estamos (evolutivamente) hechos para apreciar especialmente las relaciones comunitarias. Supongamos que la especie tiene unos 200 mil años. De ellos, más o menos un 95% transcurrió en pequeños grupos de cazadores-recolectores, ligados por vínculos familiares, cuya forma de organización era comunitaria. Si consideramos el género Homo en su conjunto, nos vamos fácilmente a 2 millones de años. Para encontrar vidas definidas por formas de organización social diferentes a la tribu, por tanto a la comunidad, tenemos que situarnos hace unos 10 o 12 mil años. Las estructuras conocidas que requirieron una forma de organización social mayor que la tribu son los primeros templos de Göbleki Tepe, en Turquía, anteriores a

la sedentarización pero que tuvieron que levantarse bajo alguna forma de jerarquía y organización no comunitaria. Estas construcciones han sido fechadas en el X milenio a.C.

En ese momento, las vísperas del Neolítico, tenemos las primeras evidencias de una aceleración cultural que se impone al ritmo mucho más lento de la evolución física del cerebro. Diez milenios es menos del margen de error a la hora de estimar el origen del género Homo. Puede afirmarse sin problema que la evolución física de nuestro cerebro ha ocurrido enteramente en contextos comunitarios. Nuestro cerebro está cableado, por así decirlo, para tener éxito en comunidades y para que las comunidades tengan éxito.

No es entonces raro que en nosotros encontremos una “añoranza de comunidad”, que se nota desde la preferencia ética de las relaciones comunitarias --la familia, el amor, la amistad--, hasta el vigor cultural del Cristianismo o el del anarquismo, en cuanto proponen formas de reorganización social basadas en relaciones de tipo comunitario.

Esa añoranza es relevante porque, de momento al menos, no hemos sabido constituir una sociedad extensa sobre la base de relaciones comunitarias; podría pensarse como una suerte de anillos comunitarios entrelazados, pero lo cierto es que no ha ocurrido. Desde el Neolítico, la vida pública viene regulada por relaciones abstractas, donde podemos entrar en cooperación sin conocer al otro cara a cara: relaciones jerárquicas, de ciudadanía o de mercado, todas ellas diferentes a las relaciones comunitarias.

Nuestro éxito como especie nos plantea entonces el problema de funcionar en sociedades extensas basadas en relaciones que nos resultan menos intuitivas que las comunitarias. No es raro por ello que haya una tendencia recurrente de las relaciones comunitarias a “interferir” en las normas de funcionamiento de otros tipos de relaciones.

Como mencionamos en el epígrafe 2, ello implica trasladar el concepto de justicia propio de las relaciones comunitarias a un terreno que hemos acordado socialmente que se regirá por un tipo distinto de relación elemental, por tanto por un concepto diferente de justicia. Es fácil encontrar ejemplos, porque el concepto comunitario de justicia se basa en la separación entre necesidad y contribución: cada cual recibe según su necesidad y contribuye según su capacidad. No solo no hay una relación directa, sino que suele ser inversa: las personas más necesitadas con frecuencia (no siempre) coinciden con las de menos capacidad contributiva. Y otra característica de la justicia en las relaciones comunitarias es que esa atención a las necesidades del otro se presta a quienes pertenecen a nuestro mismo círculo comunitario: familia, amigos, tribu, etc. Una ética del cuidado de los afectivamente cercanos de acuerdo a sus necesidades, eso nos resulta evolucionariamente intuitivo. Todos los demás conceptos de justicia debemos pensarlos más.

La cuestión estriba entonces en la medida en que el concepto comunitario de justicia provee criterios morales que nos hacen sentir como bueno o adecuado violar los

criterios de justicia de otras relaciones, o como malo o peor dar prioridad a esos otros criterios de justicia.

Un ejemplo del primer caso puede encontrarse en el jefe de personal que da el puesto a un amigo que lleva tiempo en el paro, en vez de abstraer la condición de amigo y seleccionar solo en virtud del interés de la empresa. Al dar prioridad a la necesidad de alguien cercano, persona puede no sentir que esté haciendo mal moral, sino al revés, bien moral. Sacrificar la necesidad el amigo a la regla o al interés de la empresa, eso sería malo moralmente.

Y lo mismo puede decirse del segundo caso, como nos muestra la masiva aprobación popular de las acciones de la Plataforma de Afectados por la Hipoteca. El intento de regular la compra/venta de viviendas privadas por el mercado (aunque sea un mercado oligopólico como el financiero nuestro), se encuentra con el problema de que en la moral generalizada, los criterios de justicia propios de los créditos y avales hipotecarios deben ceder ante la necesidad del otro. Lo que era bueno en su diseño legal, pasa a ser malo en el sentimiento moral de la población porque no respeta el criterio comunitario de justicia.

Si los dos ejemplos que hemos puesto se refieren al sector privado, en el sector público la 'interferencia' se da en mucha mayor medida por la superposición de dos conceptos de la organización política del Estado: el tribal, que es de tipo comunitario; y el ciudadano, que es de tipo igualitario.

En muchos aspectos, en muchas ideologías, para muchas personas, el Estado es la estructura política de una tribu grande, la cual a su vez viene a constituir una familia extendida. Se cultiva la homogeneidad propia de una familia (cultural, lingüística, de las referencias del pasado...), que nos hace sentir a los compatriotas como cercanos (la misma palabra "Patria" significa una vinculación familiar, como la *gens* de los latinos). El Estado existe entonces para vehicular la solidaridad familiar que atiende a sus necesidades básicas. Esas necesidades son lo fundamental: ellas proveen el criterio moral de la acción del Estado.

La concepción ciudadana, por el contrario, prescinde de sentimientos y con ello de la necesidad de homogeneizar culturalmente al otro para hacerlo parecer de la misma familia o de la misma comunidad que uno. Ciertamente vehicula la solidaridad efectiva, pero lo hace a través de reglas ante las cuales todos son iguales. La necesidad no es reconocida en sí misma sino en la medida en que una regla la atiende. Y una vez que la regla la reconoce, su atención se vuelve un derecho legal, independiente de los sentimientos de proximidad que el encargado de aplicar la regla (o la opinión pública que le presiona) pueda experimentar o no.

En el caso de la sanidad pública, tratándose de una necesidad básica donde se juega la vida o la muerte de las personas, constantemente nos encontramos la presión a favor de un concepto de justicia basado en la necesidad. Esto es, se pide al sistema público de

salud que funcione como una forma vicaria de comunidad donde la comunidad ya no es posible por el gran número de personas. Crecientemente tampoco es posible por la heterogeneidad cultural de la población debido a las migraciones. Y está dejándolo de serlo por el debilitamiento de la familia, que sí es una institución genuinamente comunitaria, la cual en muchos casos pone decisiones fundamentales en manos del personal médico.

Claro está, el sistema público de salud no funciona por necesidades sino por reglas. Es una institución ciudadana de criterio igualitario, no una institución comunitaria. Sea cual sea tu necesidad, si está dentro de las reglas serás atendido con más o menos esperas según las posibilidades económicas del sistema; y si está fuera de las reglas por alguna razón, entonces no vas a ser atendido. Y sin embargo, si quiere reunirse rápidamente unos cientos de miles de firmas en change.org, exprésese una necesidad sanitaria no cubierta por las reglas (por ejemplo, una enfermedad rara de tratamiento muy caro), más aún en niños (que despiertan muy fuertemente los sentimientos comunitarios). Entonces fluyen los apoyos para pedir que las reglas no se apliquen a estas personas sino que se decida con base en sus necesidades.

El carácter de “comunidad vicaria” que adquiere el Estado se expresa en la aparición de diferentes conjuntos de reglas aplicables por mecanismos universales pero de acuerdo a un criterio comunitario de necesidad/capacidad. Así, los porcentajes de copago o el catálogo de las prestaciones básicas. Con ello se trata de realizar lo que tradicionalmente se llamaba “epiqueia”, la prudencia del gobernante que decide lo que está fuera de la regla general e incluso contra ella, para que se realice la justicia en sentido moral (pues *summum ius, summa injuria*, reza el adagio).

Hay aquí claramente un problema informacional. En pequeñas poblaciones, donde todo el mundo se conoce, la información verdadera sobre la situación de cada cual está fácil y públicamente disponible. La epiqueia puede entonces practicarse sin derivar rápidamente en arbitrariedad del gobernante o en engaño del beneficiario, ambos los cuales destruyen la norma. En un pueblo de pocos cientos de habitantes no tiene mucho sentido la mentira estratégica de quien pretende hacerse pasar por pobre para recibir la solidaridad de los demás (violando así el concepto comunitario de justicia), dado que cada cual sabe bastante bien la situación de cada otro.

Cuando tenemos una población de millones de habitantes que no pueden conocerse entre sí, ocurre lo contrario. Hace falta un ejército de trabajadores sociales para intentar estimar los niveles reales de necesidad y capacidad económica de todos los que alegan constituir un caso particular respecto a la norma general. Entonces la mentira estratégica gana sentido, porque si puedo jugar al alza mi necesidad y a la baja mi capacidad, quizás se me apliquen normas distintas que a los demás, más a mi favor. Igualmente, al depender las reglas que se me aplican de una decisión administrativa, ello abre espacio a diversas formas de corrupción, en el caso sanitario especialmente la política, cuando un cierto grupo minoritario pero muy activo consigue imponer su

interés sobre el bien general, que no tiene quien lo defienda tan concentradamente. Innumerables anécdotas dan testimonio de la existencia de estos dos tipos de picaresca.

5. Los derechos y la fijación del total de los recursos

El sistema de salud presenta otro problema diferente, el de su coste. Es un problema con varios aspectos:

- La medicina se está haciendo más cara, no más barata, porque estructuralmente los equipos y medicamentos más recientes se encuentran sometidos a derechos privados de propiedad intelectual que constituyen un monopolio de facto. Puesto que países con gran tradición investigativa --como Estados Unidos o Alemania-- reciben un saldo muy positivo de esos derechos de propiedad, se oponen fuertemente a cualquier sistema para financiar la investigación médica en esos terrenos que no condujera a un monopolio privado.
- La pirámide poblacional española tiene forma parecida a un botijo, con el máximo en torno a los 40 años de edad. Ello no solo amenaza la viabilidad del sistema público de pensiones sino también la del sanitario, puesto que hay más personas en necesidad de atención sistemática y menos jóvenes contribuyentes netos. La baja de la natalidad coincide históricamente con el tiempo de la incorporación masiva de la mujer al trabajo en España. Ello tiene un aspecto cultural relacionado con la demanda: las familias quieren tener menos hijos que en el pasado, porque los hijos se han hecho más caros de criar per cápita y las familias prefieren dedicar recursos a adquirir bienes de consumo que son ampliamente publicitados. Y tiene también un aspecto económico relacionado con la oferta: aun queriendo menos hijos debido a cambios culturales diversos, las familias están teniendo de hecho todavía menos hijos de los que querrían, porque tener hijos constituye un problema para el desarrollo de las carreras profesionales y laborales de las mujeres, y el soporte público a la crianza ha sido escaso y asistemático. En España no ha habido una política pública que, por una vía u otra, garantizara la conciliación entre tener un empleo y criar el número deseado de hijos. Como resultado, nos hemos “ahorrado” ese dinero en impuestos, y las familias han financiado de hecho a la parte de sociedad que no tiene familia, incluidas las empresas. Así, se ha desalentado económicamente el tener hijos, poniéndose las bases de una crisis demográfica del sistema de salud (y del resto del Estado del bienestar).
- El desempleo, la precarización del trabajo de los adultos jóvenes, y la existencia de un contingente significativo de trabajadores migrantes irregulares, todos contribuyen a la pérdida de capacidad contributiva, por tanto de sostenibilidad económica del sistema.

Podrían quizás identificarse otras causas de la crisis económica que amenaza al sistema público de salud en el inmediato futuro. El concepto ciudadano de justicia como igualdad tiene el problema de su rigidez. Genera derechos (iguales para todos) que no están orgánicamente conectados con la disponibilidad de recursos.

Por otra parte, desde el punto de vista psicológico, es bien sabido que el sentimiento de pérdida resulta más intenso que el de una ganancia semejante; con otras palabras, que la mayor parte de las personas son psicológicamente aversas al riesgo. Mientras ampliar el catálogo de derechos positivos con garantía pública resulta políticamente fácil, reducirlo es mucho más difícil. Más difícil todavía si la persona cotizó religiosamente cuando estaba activo, y necesita los servicios de salud después, cuando ya es mayor.

En materia de salud, la reducción de los derechos para ajustar oferta a demanda está ocurriendo por la vía de las listas de espera, que constituyen no por casualidad el principal punto de queja de los usuarios respecto al sistema público de salud. A través de ellas, de los copagos, y de algún otro procedimiento, se sospecha que se pretende desviar parte de la demanda de salud al sistema privado, que se rige por criterios de mercado, no de igualdad ciudadana. En relaciones de mercado, la justicia consiste precisamente en que cada cual reciba en proporción a su contribución a la contraparte en la precisa transacción de que se trate.

Evidentemente la sostenibilidad económica del sistema se garantiza mejor si hay una relación uno-a-uno entre lo que se paga y lo que se recibe. Sin embargo, el sistema de salud en concreto no tiene como objetivo primordial ser económicamente sostenible. Debe su existencia a serlo, pero no existe para serlo. Son dos cosas muy distintas. Sirve para proporcionar cohesión ciudadana a la sociedad, haciendo que los servicios de salud estén disponibles para todos por igual. Así, la "mala suerte" relevante con que el sistema debe vérselas consiste en tener mala salud, no en disponer de pocos recursos económicos.

Reduciendo las prestaciones de la sanidad pública y desviando una porción cada vez mayor de las clases medias hacia servicios privados, por la vía de los tiempos de espera, puede añadirse una razón extra de inviabilidad económica: en la medida en que las clases medias se muevan hacia servicios sanitarios de mercado, dejarán de querer pagar impuestos para sostener los públicos, y estos tendrán a su vez que reducir sus prestaciones, en un círculo vicioso.

6. Entre dos fuegos

El sistema público de salud se encuentra así entre dos fuegos conceptuales respecto a la relación personal médico-paciente en los concretos aspectos del acceso y la asignación de recursos. A un sistema establecido sobre una estructura básicamente ciudadana ("a cada cual según su derecho, según una ley igual para todos"), se le pide por una parte que refleje el compromiso comunitario de atender incondicionalmente las necesidades de la población ("a cada cual según su necesidad"), y por otra parte que resulte económicamente sostenible, relacionando más lo que cada cual aporta y lo que recibe ("a cada cual según su contribución").

Arriba habíamos enunciado un criterio general para las decisiones morales, consistente en buscar el mejor equilibrio posible entre principios y consecuencias. Desde el punto

de vista de los principios, muchos de nosotros, y pienso que sin duda la mayoría de la población, preferiría que el acceso a los recursos del sistema sanitario público se acercara al modelo comunitario. Ello implicaría una universalización total y una atención basada en las necesidades, que reforzaría la idea de la ciudadanía como una *comunidad* política.

Sin embargo, desde el punto de vista de las consecuencias, la dirección contraria parece más aconsejable: en la medida en que se vincula lo recibido por cada cual con su contribución (a través del trabajo, de los copagos...), el sistema parece ganar sostenibilidad desde el punto de vista económico, aunque con el riesgo de que, si deja de interesar a las clases medias, rápidamente pierda sostenibilidad económica por disminución del apoyo político.

El modelo ciudadano constituye una suerte de punto medio que, en mi opinión, conviene conceptualmente mantener. Se presta a ajustes finos en los criterios de acceso y distribución de los recursos (como muestran Elster (1992) y Waring (2004), por ejemplo), que permitiría encontrar los puntos de equilibrio posibles entre derechos legales y sostenibilidad económica del sistema.

Dos cosas pueden hacerse en esta línea:

(1) Es preciso "desatornillar" la idea de derechos subjetivos de carácter positivo de la mente de la población, para quitarles el carácter incondicional con que son vistos. Ese carácter es falso desde el punto de vista económico. Los derechos subjetivos de carácter negativo pueden ser incondicionales porque no cuestan dinero, o casi no; pero los de carácter positivo sí que cuestan. No son independientes de la disponibilidad de recursos.

La incondicionalidad con que se han presentado los derechos subjetivos positivos ("la irreversibilidad de las conquistas sociales" de este tipo) tiene algunos supuestos y pretende algunos fines políticos. En el caso de la sanidad pública, el supuesto es un crecimiento demográfico y de la productividad sostenidos; y el fin que se persigue es proteger las mejoras vitales de las clases medias y bajas, frente a los posibles embates de grupos más poderosos, mucho menos numerosos y mejor organizados (Olson, 1971). Por desgracia, el supuesto demográfico ya no se da y el trabajo se ha degradado en buena medida, de manera que el "atajo" político de considerar incondicionales los derechos e irreversibles las conquistas sanitarias, se va quedando sin base económica (aunque, como vemos, sigue resultando un magnífico argumento de propaganda electoral).

Resulta entonces necesario rehacer en la mente de la gente la idea de equilibrio entre principios y consecuencias, entre universalidad y sostenibilidad. No es una jugada necesariamente perdedora, pero requiere volver a hacer trabajo político y sindical de detalle, en vez de explotar ignorancias económicas con discursos irresponsables que aseguran futuros imposibles. La capacidad de discernimiento político de lo posible, de

buscar y apoyar equilibrios, debe dejar de ser patrimonio únicamente de los profesionales, y redivulgarse en una ciudadanía inteligentemente politizada. Pienso que un esquema basado en la igualdad ciudadana da mejor margen de maniobra para ello en el sistema sanitario que un sistema que afirme como principios sea la comunidad, sea la individualidad del mercado.

(2) Junto con ello, está el problema de la vinculación, a través de la Seguridad Social, de la asignación de recursos sanitarios con el trabajo. Esa vinculación está perdiendo también su base económica, en la medida de que nos movemos hacia una economía cada vez más productiva que, sin embargo, en muchos sectores necesita una cantidad de trabajo cada vez menor y de menor de calidad, para generar ese producto acrecido. La inteligencia artificial está obrando ese cambio: una revolución tecnológica que, a diferencia de las anteriores, resultará probablemente en una disminución neta de empleos.

Tal corriente de fondo nos lleva a pensar en la necesidad de desconexión entre trabajo y acceso a los recursos del sistema sanitario público, para que pueda realizar en verdad un principio de ciudadanía y no resulte él mismo una forma de marginar desempleados de larga duración, empleados a salto de mata, en negro, y semejantes. Esa desconexión implica fundar más el sistema sanitario público en impuestos y menos en contribuciones, y financiarla con impuestos sobre la parte de la economía que resulta más altamente productiva con pocos empleados. Es una lógica semejante a la de la "renta ciudadana básica", pero aplicada aquí a la producción de servicios de salud y no al ingreso directo de los ciudadanos.

Conclusión

Las nuevas circunstancias, fundamentalmente demográficas y laborales, nos llevan a proponer que se mantenga un esquema de acceso a los recursos de la salud pública basado esencialmente en la lógica igualitaria de la ciudadanía, resistiendo las tensiones para moverlo tanto hacia lógicas más comunitarias como más de mercado.

Dentro de ese esquema ciudadano, debe buscarse un nuevo equilibrio entre derechos individuales y consecuencias económicas. En la búsqueda de ese equilibrio, es necesario hacer menos rígida la idea de "derecho" subjetivo de carácter positivo que predomina en la población, para pensar esos derechos como vinculados a la disponibilidad de recursos.

En la misma búsqueda, resulta necesario también desvincular el acceso a los recursos del sistema público de salud del empleo, para vincularlo a los impuestos, cobrando los impuestos necesarios a sectores de alta productividad pero baja generación de puestos de trabajo.

Este nuevo equilibrio pretendería realizar y sostener en las nuevas circunstancias un concepto de justicia social de alcance y pretensiones semejante al que edificamos en la

etapa previa del Estado del bienestar basado en una población creciente y en la suficiencia del empleo. Esa idea de justicia social ha demostrado ser efectiva en materia de esperanza de vida de la población, y también de estabilidad e integración social, dos aspectos en que la sociedad española ha mostrado un desempeño superior a países con rentas per cápita más altas.

Referencias

Elster, J. (1992). *Local justice : how institutions allocate scarce goods and necessary burdens*. Cambridge [etc.], Cambridge University Press.

Fiske, A. P. (1993). *Structures of social life : the four elementary forms of human relations : communal sharing, authority ranking, equality matching, market pricing*. New York, Toronto, Free Press.

Grine, F. E., J. G. Fleagle, et al. (2009). *The first humans : origin and early evolution of the genus Homo*. Dordrecht, Springer.

Olson, M. (1971). *The logic of collective action; public goods and the theory of groups*. Cambridge, Mass., Harvard University Press.

Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Cambridge, Mass., Belknap Press of Harvard University Press.

Tomás de Aquino, S., Á. Martínez, et al. (2006). *Suma de teología*. Madrid, Biblioteca de autores cristianos.

Walzer, M. (1983). *Spheres of justice : a defense of pluralism and equality*. New York, Basic Books.

Waring, D. W. R. (2004). *Medical benefit and the human lottery : an egalitarian approach to patient selection*. Dordrecht ; Norwell, MA, Springer.

http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/08/27/andalucia/1409160183_335413.html

http://politica.elpais.com/politica/2012/12/01/actualidad/1354384325_443909.html

http://economia.elpais.com/economia/2015/06/11/actualidad/1434015818_660846.html