

Ante la situación de crisis económica y financiera generalizada que padecemos, están resultando muy afectados los sistemas públicos de salud debido a la aplicación de continuos recortes económicos, planes de austeridad y severas reducciones del gasto en diversos capítulos del sistema sanitario.

La sanidad se ha complicado no sólo por razones científico-técnicas, sino por las nuevas exigencias sociales, organizativas y económicas. Es evidente que todo ello afecta a la ética, y de manera más específica al principio justicia, puesto que lo que está en juego es la distribución equitativa de los recursos y la gestión de estos en orden a proteger el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos.

Prescindimos del recorrido histórico de la justicia como principio ético, así como de su perspectiva y alcance jurídico. La justicia es una de las cuatro virtudes cardinales, que inclina a dar a cada uno lo que le corresponde. El [Diccionario de la RAE](#) lo refiere al «principio moral que lleva a determinar que todos deben vivir honestamente» y lo aplica también al «conjunto de todas las virtudes», por el que es bueno quien las tiene. Interesa recordar, asimismo, el significado de justicia distributiva: la que establece la proporción con que deben distribuirse las recompensas, las cargas y los castigos que, en el ámbito sanitario, se relaciona con distribución equitativa de recursos y de gastos entre los usuarios de la sanidad, lo que genera la responsabilidad de asumirla tanto por parte de los ciudadanos como por quienes tienen competencia en distribuir equitativamente esos gastos y recursos.

### **1. ALGUNOS DATOS INTRODUCTORIOS DE INTERÉS**

#### **1.1. La crisis económica de los sistemas públicos de salud**

Al margen de sus antecedentes históricos, el Sistema Nacional de Salud (SNS) es la denominación que se ha dado en España al modo concreto de articular las prestaciones sanitarias públicas, desde 1986, mediante la [Ley General de Sanidad](#), que ha dado respuesta a las previsiones en materia de salud pública contenidas en los artículos 43 y 49 de la [Constitución Española de 1978](#) donde se establece el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud. Posteriormente, y en virtud del Título VIII de la misma Constitución, las competencias en sanidad fueron asumidas por las Comunidades Autónomas. Ni qué decir tiene que desde esa época la medicina ha pasado a convertirse en un asunto público.

Es lo que ha sucedido también en muchos países occidentales: la protección de la salud se generalizó como un derecho social y la asistencia sanitaria se convirtió en una

prioridad de los estados del bienestar. ¿Por qué ha sucedido esto? Porque la salud llegó a considerarse como un *bien primario* para la persona (y su correlativo derecho a protegerlo) y, en consecuencia, como un deber social, puesto que es un bien que todos deberían tener por igual a modo de una de las *capacidades mínimas* para contribuir al desarrollo de la sociedad, tener la oportunidad de ejercer realmente la libertad llevar a cabo un proyecto de vida (mayor información en [J. Rawls: Teoría de la justicia](#)).

Bajo esa manera de ver las cosas estaba el impulso del liberalismo social, y del socialismo demócrata y liberal, entre cuyos objetivos se encontraba el de justificar una efectiva protección pública de los derechos económicos y sociales entre los que destacaba la asistencia sanitaria.

Ahora bien, sucedió que las sociedades occidentales fueron incrementando los gastos sanitarios de modo acelerado y, recientemente, la crisis económica impactó de lleno en los gastos de la asistencia sanitaria y en el grado de cobertura ofrecido por la seguridad social (en el “aseguramiento público”). En esa situación ha adquirido un papel relevante la justicia social referente a la distribución y asignación de los recursos sanitarios y sus respectivos costes económicos. Dicho de otro modo, dada la situación de crisis generalizada, sólo será posible mantener el derecho a la asistencia sanitaria siempre y cuando se entienda como una exigencia ética de justicia en el contexto de un estado social de derecho basado en la justicia.

Queda fuera de ese planteamiento el modelo de sociedad basado en el consumo ilimitado de la salud como producto de consumo. Dado que por ese camino sólo tiene valor lo que se paga, el derecho a la protección de la salud no estará basado en un bien primordial “mínimo” (la salud) sino, única y exclusivamente, en su utilidad económica y, además, en la utilidad de la mayoría.

## **1.2. Hacia la justicia en bioética a través de la economía**

Ya hace más de tres décadas que se comenzó a revisar la racionalidad de las políticas del bienestar y, entre ellas, las sanitarias, por la necesidad de controlar el gasto. Entre los numerosos debates y estudios publicados desde entonces sobre la materia, se ha difundido la expresión de “mínimo decente” para expresar los mínimos de justicia moralmente exigibles en orden a garantizar una asistencia sanitaria básica igual para todos (junto a otros “mínimos” como el alimento, el vestido y la vivienda).

Lo que estaba sucediendo, al mismo tiempo, era que tales exigencias de justicia chocaban frontalmente con el crecimiento imparable de los gastos sanitarios, con la imposibilidad de contenerlos en una sociedad marcadamente consumista y, sobre todo, con la escasez de recursos y el modo de financiarlos y gestionarlos.

Así es como nació la *Economía de la Salud* en un ámbito donde el gasto sanitario se basaba en el compromiso profesional del médico guiado por el principio de beneficencia. La nueva “economía” pretendía ofrecer la medida de lo moralmente justo en la distribución de los costes y beneficios producidos por los bienes en general, y, en particular, por el bien primario de la salud y la obligación pública de protegerlo.

Ese ha sido el principal motivo por el que gestores y economistas han entrado masivamente en el sistema sanitario: introducir la racionalidad económica en un campo donde los gastos públicos derivados de la obligación de proteger el derecho universal a la asistencia sanitaria dependen de las decisiones clínicas de los profesionales sanitarios como respuesta a la solicitud de sus pacientes. Esto nos introduce en la *medicina gestionada*, es decir, el condicionamiento explícito de las decisiones clínicas por factores económicos y por expertos en esa materia.

No obstante, parece cierto que por ese camino es por donde tomamos conciencia, en primer lugar, de que hay una vinculación entre economía y ética, acreditada desde la antigüedad, ante la que no deberíamos tener recelos ni suspicacias. Y, en segundo lugar, de nuevas cuestiones para la bioética referidas a la justicia en el acceso a los servicios sanitarios, en la contención del gasto y en la distribución de los recursos.

En un mundo cada vez más globalizado, como el actual, donde predomina el plano de lo macroético, hay muchos millones de personas que no disponen siquiera del “mínimo decente” (alimento, casa, vestido y salud) al que antes aludíamos. Carecen incluso de voz para pedirlo. No pueden siquiera hablar de justicia sanitaria porque, sencillamente, no tienen absolutamente nada que distribuir. Por eso es la hora de la justicia para la bioética: 1º) como *reconocimiento*, para eliminar tanto desprecio y humillación a los otros diferentes por sexo, color, cultura, religión...; 2º) como *redistribución* de recursos, para eliminar las desigualdades derivadas de las diferencias antes citadas; y 3º) como *solidaridad*, para hacerse cargo de esas desigualdades y para cargar con la responsabilidad de repararlas.

Pero es que, además, también es la hora de la *decencia* para la bioética, porque los discursos bioéticos de las sociedades ricas no deben estar sólo basados en la justicia ni limitarse a parecer justas. Ha llegado la hora de que sean también decentes, es decir, de que esos discursos e instituciones sean honestos y justos, llenos de dignidad en sus dichos y en sus hechos, para no humillar, ni despreciar, ni ignorar, ni manipular nunca a los otros diferentes que se mueren por injusticia... por “nuestra” injusticia.

La bioética está difundiéndose y aplicándose mucho en el plano microético (ética de las relaciones médico-enfermo o bioética clínica) y mesoético (ética de las organizaciones sanitarias). Y debemos felicitarnos. Pero no acaba de movilizar de manera efectiva a las sociedades occidentales sobre la urgencia de la justicia y de la

decencia en el plano macroético, volcándose masivamente en favor de la vida de todos los que malviven, así como el resto de los seres vivos y la naturaleza entorno.

## **2. ¿QUÉ HACER EN UNA SITUACIÓN DE CRISIS?**

Las expertos en la materia suelen hablar de varias etapas: 1ª) expansión y desarrollo acelerado del gasto sanitario en las décadas de los 60 y 70 del siglo XX, 2ª) contención o reducción de costes en la década de los 80 del mismo siglo, y 3ª) la grave crisis económica actual que está poniendo patas arriba prácticamente todo, es decir, los recursos, los gastos, la eficiencia de los gestores, la seguridad de los profesionales sanitarios, la protesta social de la ciudadanía, lo público, lo privado...

### **2.1. ¿Se puede conjugar la eficiencia y la equidad?**

Hoy se asegura que la mejor estrategia para el cambio consiste en lograr mayor eficiencia, pero manteniendo un nivel adecuado de equidad, o sea, conjugar eficiencia y equidad. Esto exige establecer límites al crecimiento del gasto diseñando formas organizativas compatibles con el incentivo de la eficiencia, aun a sabiendas de que tal modo de proceder impone límites al contenido del derecho a la protección de la salud.

La práctica de esos bienes internos genera una serie de actitudes profesionales como ejercer una medicina asequible y sostenible, socialmente sensible, justa y equitativa, respetuosa con la dignidad y las decisiones humanas. Por todas esas razones, nunca debería haber una empresa sanitaria pública que se guíe por el objetivo de ser un mero negocio. Al contrario, las empresas públicas sanitarias podrían mejorar su gestión desde la perspectiva propia del servicio de bienes públicos que incluyan la ética como un criterio relevante para medir la calidad de las prestaciones sanitarias, es decir, el compromiso de conjugar racionalidad económica y justicia.

En la actualidad hay alternativas para mejorar la gestión sanitaria: 1ª) los nuevos sistemas de información digitalizada que se están implantando masivamente, 2ª) el papel que están teniendo los contratos y los incentivos a los profesionales sanitarios en proporción a sus medidas de control del gasto, y 3ª) el cambio de mentalidad y de actitudes orientado a configurar una “cultura de la eficiencia”, estrechamente vinculada a una “cultura de la ética”, puesto que para ser éticos hay que ser justos y, por tanto, también hay que ser eficientes tanto en la empresa privada como en la pública, aunque haya notables diferencias entre ambos.

Parece ser que el incremento de la provisión privada y la desregulación del sector sanitario público, así como las nuevas formas de gestión (titularidad pública y gestión empresarial privada) pueden lograr una mayor eficiencia en la reducción del gasto,

pero acompañada de importantes consecuencias negativas: 1ª) no siempre se ha mantenido la calidad necesaria, 2ª) la rentabilidad económica puede ir en detrimento de la justicia, 3ª) la aparición de otros resultados indeseables como la judicialización de la medicina y el correlativo aumento de la “medicina defensiva”, que a su vez aumenta los gastos, y 4ª) el deterioro de las relaciones entre los profesionales sanitarios y, en especial, la relación de confianza médico-enfermo.

No existe acuerdo en que la introducción del mercado y de la iniciativa privada en el ámbito sanitario haya producido resultados positivos, dado que aumenta los costes burocráticos, genera conflictos entre el interés de la salud y el del mercado, deteriora el espíritu de cooperación, provoca una reducción de las prestaciones y de la calidad, desmoraliza a los profesionales y favorece la mercantilización e industrialización de los servicios. No ha podido conjugar eficiencia y equidad, o sea, justicia sanitaria.

## **2.2. ¿Qué pasa cuando se mercantiliza la sanidad?**

Es indudable que la economía y la gestión empresarial han influido sobremanera en el desarrollo de la medicina contemporánea, y tampoco cabe duda de que la justicia sanitaria exige actuar con eficiencia, pero la apuesta por el mercado y la privatización para contener el gasto tiende a convertir la medicina en un mercado, la salud en un producto de ese mercado, las instituciones sanitarias en empresas, los gerentes en empresarios, los médicos en gestores de recursos y controladores del gasto, y los enfermos en consumidores de salud. En suma, la medicina se transforma en mercancía poniendo en peligro valores sustanciales de la sanidad que, en el fondo, son valores éticos que deberían formar parte de la definición de calidad y eficiencia en los sistemas sanitarios y en la praxis cotidiana de sus profesionales.

Si la sanidad terminara convirtiéndose en una mercancía más del mercado, los médicos quedarían condicionados a ejercer un doble papel antagónico o, mejor dicho, un conflicto de lealtades consistente, por un lado, en actuar en beneficio del enfermo respetando su autonomía y, por otro lado, en gestionar los recursos y reducir los gastos sanitarios. Si las cosas acabaran siendo así también se podrían destruir con el paso del tiempo los principios, los valores y las virtudes éticas de las profesiones sanitarias, como es el caso de la confianza en las relaciones terapéuticas, por ejemplo.

Habría que preguntarse si la reducción del gasto sanitario es el único objetivo o si es un medio para conseguir mayor justicia social y equidad en el ámbito sanitario. Lo que sí resulta incuestionable es la necesidad de conjugar racionalidad económica y justicia. Ello implica la necesidad de introducir las profesiones sanitarias en los problemas de gestión económica, buscando nuevas fórmulas de que incorporen los fines propios de la medicina como bienes internos para definir la moralidad de los profesionales y su responsabilidad social como parte activa de una empresa pública.

No será nunca suficiente insistir en lo recién expuesto. Como ya hemos dicho en otro lugar (véase apartado 1.4 de [La deliberación en bioética](#)) la medicina es una actividad práctica dotada desde sus orígenes de una serie de fines propios o bienes internos, que en la actualidad se han formulado así: 1) prevenir la enfermedad, 2) promover y mantener la salud, 3) aliviar el dolor y el sufrimiento de la enfermedad, 4) asistir y curar a los que se pueden curar, 5) cuidar a los que no tienen curación, 6) evitar la muerte prematura, y 7) ayudar a morir en paz.

### 2.3. ¿Hay que privatizar lo público para que sea eficiente?

La pregunta del epígrafe habría que completarla con la siguiente: ¿Es posible una gestión pública eficiente? La mención de *empresa sanitaria* produce cierta incomodidad, sospechas e inquietud porque, como hemos señalado, puede acarrear el peligro de mercantilizar la sanidad. Conscientes de ese peligro, hay que ir más al fondo de las cosas viendo la teoría económica y empresarial que se esté aplicando.

Una vez superado el tiempo del economicismo mecanicista —entender la empresa como una máquina—, se fueron abriendo paso nuevos enfoques que buscan 1º) abandonar la mentalidad del *homo oeconomicus*, masivamente vigente hoy y que lleva en sus entrañas la necesidad de mercantilizarlo todo, tanto lo individual como lo institucional y corporativo, y 2º) incorporar los aspectos morales de la conducta humana sin enquistarse en una *ética de móviles*, es decir, una ética de los incentivos y las retribuciones que, siendo necesaria y útil, puede poner en peligro los bienes internos que definen la praxis médica.

En la actualidad hay toda una serie de relevantes teorías de las organizaciones que insisten resumidamente en los siguientes puntos básicos:

- Entender la empresa (pública) como un sujeto moral con responsabilidad social.
- Respetar los valores básicos de las personas que integran la empresa (pública), elaborando un código ético distintivo de la misma.
- Poner en práctica la innovación y optimización de los recursos humanos (públicos) basándose en compromisos creíbles basados en la confianza.

A este respecto, España [cuenta con un Consejo Estatal de Responsabilidad Social de las Empresas](#). Asimismo, la [Fundación ÉTNOR](#) tiene, entre sus numerosas publicaciones, una dedicada a la responsabilidad social de la empresa. Resultan también muy interesantes, por ejemplo, los códigos éticos de las siguientes organizaciones:

- [Organización Nacional de Ciegos Españoles](#) (ONCE)
- [Red de Institutos Tecnológicos de la Comunidad Valenciana](#)

- [Unión de Mutuas](#). Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social N° 267.

Si esos nuevos planteamientos se están difundiendo en las empresas privadas, tanto más se pueden aplicar en las empresas sanitarias públicas, que tienen en sus manos el valor de la vida humana, cuidan de un bien primario para vivir, como es la salud integral de las personas, y, además, tienen que contar con unas relaciones de confianza entre las partes implicadas, respetar los valores de las personas que acuden a ellas y trabajan en ellas y, en fin, reunir todas las condiciones para definirse como un sujeto o entidad moral con responsabilidad social objetivada en compromisos concretos. En ese nuevo marco organizativo, la eficiencia deberá estar guiada por la calidad de los servicios y éstos, a su vez, deberían fundamentarse en la ética (valores, principios, compromisos o la tríada de visión, misión y valores) como criterio distintivo para conseguir calidad y eficiencia, es decir, justicia sanitaria.

### **3. ¿SANIDAD PÚBLICA O PRIVADA?**

Una cuestión polémica. Es más que probable que no haya que plantearlo como si fuera un dilema, tal como aparece en el epígrafe, puesto que quizá no estamos ante elementos excluyentes sino ante un problema complejo y poliédrico en el que habrá que conseguir un buen equilibrio entre sus diversos componentes.

También hay que decir que vivimos en un modelo de sociedad netamente liberal, capitalista y, por ello, una sociedad consumista donde rige la libre competencia, es decir, donde manda el mercado. Es una realidad ante la que no podemos cerrar los ojos y de la que no es lógico renegar, sin más ni más, si no queremos renunciar a los niveles de bienestar que jamás hasta ahora se habían alcanzado.

En una sociedad de ese tipo está amparada legalmente la propiedad y las instituciones privadas, así como su obligación de contribuir al desarrollo social no sólo con sus propias iniciativas sino a través de la Hacienda Pública. Por eso hay instituciones sanitarias privadas que coexisten con los sistemas sanitarios públicos.

Damos por sentado que en una sociedad justa y de derecho hay que tratar a los todos con el mismo respeto y darles las mismas oportunidades. Eso significa igualdad de derechos y de recursos. Un sistema público de salud es el que mejor garantiza esa igualdad. Ahora bien, ¿cuánto debería gastar la sociedad para mantener ese sistema? Podríamos responder acudiendo a los principios de la ética médica o a las implicaciones que conlleva el derecho a la protección de la salud en las sociedades democráticas, pero hay otro modo de hacerlo y puede dar una respuesta al problema de la justicia sanitaria. Nos referimos al *principio del asegurado prudente*, formulado por R. Dworkin inspirándose, con modificaciones, en la [teoría de la justicia de J. Rawls](#).

No se trata de buscar por la calle al hombre ideal, como hacía Diógenes en la antigua Atenas, o, en nuestro caso, al asegurado prudente porque, en realidad, lo que encontraríamos sería una gran desigualdad de opiniones en función de la cultura, la economía, la ideología y el estado de salud de que cada ciudadano. De lo que se trata es de un experimento mental que trata de imaginar el tipo de cobertura sanitaria racional que suscribiría un individuo o una familia si las condiciones sociales fuesen de igualdad y el mercado sanitario (el de los seguros de salud) fuese perfecto (información completa, ausencia de fraude, etc.).

Ese tipo de seguro representaría el ideal de lo que un ciudadano autónomo considera necesario y, en consecuencia, lo que una sociedad justa debería ofrecer a sus ciudadanos. En resumen, *«el principio del asegurado prudente llama la atención sobre el nivel razonable de gasto sanitario, medido por la prudencia y autonomía de una persona o familia media, en un hipotético entorno exento de desigualdades radicales»*.

Pues bien, según dicen voces autorizadas, el tipo de sanidad que justifica el *principio del asegurado prudente* es pública, y no privada, por dos razones:

1º) Sólo un sistema público de salud puede garantizar en una sociedad real, donde hay desigualdades evidentes, que el criterio de distribución universal de los recursos sea la necesidad. Eso significa que una sociedad justa debe garantizar que la necesidad sea el criterio distributivo de los servicios sanitarios. La mejor manera de ponerlo en práctica es mediante un seguro público y universal.

2º) ¿Por qué es más adecuado un sistema público? Dado que las tendencias individuales conducen a un excesivo gasto, se podría objetar que un sistema de seguros privados subvencionados para las rentas bajas sería lo preferible. Pero tal objeción no resiste a los siguientes razonamientos:

Uno es *teórico*. Afirma que la economía de los servicios de salud muy poco que ver con la naturaleza pública o privada del servicio. Sí depende, en cambio, de los seguros. Siempre que las personas están aseguradas —las que ya han pagado por los servicios que pueden necesitar—, encontrarán individualmente justificado utilizar más servicios que si no tuvieran seguro, con lo que el gasto público o privado tiende a dispararse. Dicho de otro modo: carece de fundamento afirmar que los seguros privados ahorran dinero a la sociedad.

Otro es *empírico*. Presente en EE.UU., donde el sistema de salud es básicamente privado, excepto para las personas en extrema pobreza y jubilados. El gasto sanitario estadounidense, como proporción del PIB, es el mayor del mundo, mientras que los indicadores de salud no son, ni de lejos, los mejores del mundo. Los mejores índices pertenecen a países con sistemas públicos y universales que, además, consumen menos proporción del PIB.



Así pues, pensando en términos de justicia sanitaria, no hay razones para preferir un sistema privado de salud y sí hay razones teóricas y empíricas para preferir uno público, pero ello no equivale a bendecir como adecuada cualquier gestión pública de la sanidad. Significa que lo mejor que puede hacer una sociedad es mejorar el sistema público, mejorar su gestión y dotarlo de medios suficientes para cubrir las necesidades de los ciudadanos, manteniéndose alerta sobre las actitudes que tienden a mercantilizar la sanidad o convertirla en un negocio.

Por lo tanto, cuando se defiende que el sistema de seguros privados es “más eficiente” o que “ahorra dinero”, quienes así argumentan no están pensando en el beneficio de toda la sociedad, sino en el beneficio del Estado o en el saneamiento de las cuentas de la Seguridad Social. No están adoptando un criterio de justicia sanitaria, sino un razonamiento estratégico con fines institucionales o políticos determinados, o sea, con el punto de mira puesto en el sillón del poder o en el acatamiento ciego a las decisiones de Bruselas (por ejemplo).

## **CONCLUSIÓN**

La sanidad plantea graves cuestiones de justicia distributiva porque los servicios sanitarios son un recurso escaso que todos creemos merecer de forma ilimitada e inmediata por un doble motivo: 1º) porque la ética médica tradicional obliga a distribuir su arte de acuerdo a criterios de necesidad, no a criterios de poder económico, político u otros, y 2º) porque las sociedades democráticas avanzadas y los organismos internacionales consideran la protección de la salud como un derecho fundamental y, por ello, los poderes públicos tienen la obligación de garantizarlo a todos por igual, es decir, por razones de justicia.

Todo esto plantea la cuestión del gasto sanitario y de la justicia sanitaria. En las condiciones tecnológicas actuales, y en las sociedades desarrolladas, sería posible hacerlo de manera inmediata e ilimitada, pero eso es prohibitivo e impediría la consecución de otros fines sociales igualmente valiosos como la educación, la seguridad, la atención a la dependencia, el transporte, las infraestructuras públicas, etc., etc. Esa posición sería irracional por ser contradictoria en sí misma. Por lo tanto, el objetivo de una sociedad justa, que es satisfacer el derecho de todos a la salud requiere, de manera paradójica, que la parte de la renta social dedicada a los servicios de salud sea limitada.

Y, una vez admitido y reconocido eso, los servicios de salud tendrán que ser distribuidos y racionados de acuerdo con criterios uniformes, generales y públicos. Pues bien, esas dos cuestiones de justicia social (prestaciones sanitarias limitadas y, a la vez, distribuidas equitativamente) no están resueltas de manera satisfactoria en nuestra sociedad y en casi ninguna sociedad occidental.

Por último, del experimento mental del asegurado prudente no se deriva que lo justo sea una cobertura ilimitada, pero sí se concluye que esa cobertura debería ser universal. En otras palabras, ese principio apoya un sistema público de seguridad social, pero con coberturas que pueden ser limitadas –excluir temporalmente algunos tratamientos, cofinanciar el gasto por parte de los usuarios...– de acuerdo con decisiones políticas que dependerán de las prioridades sociales y de las circunstancias tecnológicas y económicas de cada momento.

Dicho lo dicho, que seguro no descubre nada nuevo, pero sí que puede dar qué pensar, intentaremos ver si es posible articular la dimensión clínica, la organizativa y la profesional, en un nuevo plano o estadio de la bioética como se está diciendo. Me estoy refiriendo a la ética de las organizaciones sanitarias.