

El principi de justícia en el sistema sanitari

Comitè de Bioètica de Catalunya

Document aprovat a la 86 Reunió Plenària del Comitè de Bioètica de Catalunya

19 de juny de 2013



INTRODUCCIÓ

Vivim temps de crisi econòmica, de restriccions dels pressupostos públics i de retallades en l'atenció sanitària. Aquest context està afectant el model de sanitat pública del nostre país i tenim la responsabilitat de reflexionar sobre les conseqüències que aquests canvis poden tenir sobre la necessària equitat. El Comitè de Bioètica de Catalunya se sent legitimat a intervenir en aquest debat bo i obeint el seu deure de respectar i fer respectar els drets dels ciutadans i de recordar els principis àmpliament consensuats en bioètica, entre els quals s'inclou el principi de justícia.¹

És cert que la bioètica s'ha ocupat fins ara d'una manera prioritària dels problemes derivats de la pràctica clínica i de la recerca, com són el desenvolupament de l'autonomia personal en relació amb la beneficència en el cas de l'assistència o la protecció de les persones subjectes d'experimentació en els assaigs clínics. Pel que fa a la justícia, la bioètica s'ha centrat fonamentalment a evitar discriminacions puntuals, com ara la prioritat en una llista d'espera o la inclusió d'un pacient en un assaig. En canvi, s'ha ocupat menys dels problemes lligats a la justícia entesa com a distribució justa dels recursos sanitaris i com a prevenció de les desigualtats evitables i injustes en la salut entre la població. Es tracta d'un aspecte fonamental en un país com el nostre, on creïem haver aconseguit, com una conquesta ja definitiva, un servei de salut universal i just per garantir l'assistència de tots els seus ciutadans i de totes aquelles persones que hi vivien i hi treballaven, independentment de la seva situació administrativa.

No volem ignorar o menystenir unes maneres de fer poc responsables que han contribuït a portar el sistema sanitari públic a aquesta situació de crisi, sigui quin sigui el nivell de gestió sanitària en el qual s'hagin produït, del més particular al més general. Som conscients que hi ha hagut malbaratament de recursos i que s'han fet esforços financers absurds per obtenir millores marginals i poc efectives. També és cert que molts d'aquests abusos s'han produït per una manca de consciència individual i col·lectiva que ha permès perpetuar ineficiències delegant-ne de manera tàcita la correcció a instàncies merament tècniques o burocràtiques. Totes aquestes disfuncions s'han d'analitzar i corregir. La mala utilització dels recursos i un

¹ Declaració universal sobre bioètica i drets humans, UNESCO; 2005.

Vegeu també: Beauchamp T, Childress J. Principios de ética médica. Barcelona: Masson; 1999.

cert *laissez faire* davant d'això han estat i són formes equivocades i injustes d'exercir el dret a la protecció de la salut.

Som també conscients que el sistema sanitari ha de fer front a problemes estructurals de difícil solució, com ara, entre d'altres, l'encariment tecnològic, la cultura de la medicalització (que porta sovint a una sobremedicalització), l'envelliment de la població i la cronificació de moltes patologies. Si bé aquests són reptes de gran dificultat, perquè tenen causes complexes i diverses, la solució no pot ser simplista o precipitada de manera que acabi afectant la valoració d'un bé fonamental per a la població com és la salut. Ens preocupa l'abús de l'adjectiu *insostenible* per referir-se al sistema sanitari. Posar l'accent en el cost excessiu mentre que es minimitzen els principals valors que el sustenten només contribueix a la seva desqualificació global i a passar per alt que el sistema públic és un dels més justos i eficients. És també qüestionable la tendència a preferir l'estalvi immediat i la recaptació fàcil –com s'està fent amb l'aplicació de retallades lineals i de copagaments (actuals i històrics)– al treball de construcció d'un futur millor amb reformes que permetin alhora estalviar i millorar la qualitat. Cal dir que els copagaments pretenen també, de forma justificada, promoure en els malalts i en els professionals que els atenen un ús responsable (no malbaratador) dels recursos limitats, però sabem que, si no es dissenyen bé, poden augmentar la injustícia en posar barreres a l'accés dels menys afavorits, que sovint ja són els que tenen també més problemes de salut. Mesures com aquestes (retallades lineals i copagaments mal dissenyats des del punt de vista de la garantia de l'equitat) són de difícil acceptació i no es justifiquen dient simplement que són inevitables, sinó que requereixen explicacions convincentes.

Altrament, considerar que la salut de cadascú és només un assumpte privat comporta menystenir les profundes influències de l'entorn, com demostren inequívocament els anomenats *determinants socials de la salut*. La consideració de la salut com un bé exclusivament privat comporta un greu perill per a la societat, ja que portat a l'extrem podria comportar la privatització dels serveis públics en benefici exclusiu d'interessos particulars i la mercantilització de les necessitats de salut dels malalts. Qualsevol alternativa dirigida a altres objectius que no siguin els de protegir la salut de la població de forma equitativa ha de ser rebutjada. Ens preocupa, des d'aquest punt de vista, que es puguin introduir canvis en l'actual model sanitari amb poca transparència, dades esbiaixades i al·legant motius tècnics, que tinguin greus conseqüències per als grups més vulnerables i que esdevinguin irreversibles.

El Comitè de Bioètica de Catalunya (CBC) és conscient de les implicacions ideològiques que hi ha en el fons de tota discussió sobre la qüestió de la justícia. Creu, però, que aquest conflicte d'interessos no és motiu per impedir un debat racional sempre que es tinguin en compte alguns principis bàsics com són els de l'equitat i la solidaritat, en els quals s'hauria d'inspirar qualsevol anàlisi. En aquest àmbit, les decisions no acostumen a ser només de naturalesa tècnica: comprometen sempre valors sobre els quals s'ha de deliberar obertament. A més de la seva viabilitat, és el respecte a aquests valors o la seva conculcació el que farà legítimes o no les propostes que es formulin. És per això que el CBC no vol dibuixar unes mesures alternatives concretes, sinó que vol emmarcar el debat definint uns principis i assenyalant uns límits que ara, en aquest nostre país, creiem imprescindibles.

EL DRET A L'ATENCIÓ SANITÀRIA

La protecció de la salut està reconeguda en moltes constitucions del món en forma de dret (a la Constitució espanyola apareix a l'article 43.1, i a l'Estatut d'autonomia de Catalunya a l'art. 23²) i en nombrosos textos internacionals. L'Organització Mundial de la Salut, en el preàmbul a la Constitució de 1946, afirma que la salut és un dret universal i la Declaració universal de drets humans de 1948 proclama que tota persona té dret a un nivell de vida adequat que li asseguri la salut i el benestar (art. 25). Per la seva banda, el Pacte internacional de drets econòmics, socials i culturals de 1966 afirma que tota persona té dret al gaudi del nivell més alt possible de salut física i mental i que els estats tenen el deure de crear les condicions que assegurin a tothom el servei mèdic i l'assistència en cas de malalties (art. 12); això significa, segons es recull en una Observació de l'OMS de l'any 2000, l'ampliació d'un sistema de protecció de la salut que ofereixi a les persones oportunitats iguals per gaudir del més alt nivell possible de salut (document E/C.12/2000/4 de les Nacions Unides). Aquests documents contenen una interpretació molt inclusiva del dret a la salut: recullen el dret a una atenció sanitària preventiva i curativa, però també el dret a gaudir de les condicions socials necessàries per promoure la salut; és a dir, el dret a un accés igual als determinants socials de la salut.

² «Totes les persones tenen dret a accedir en condicions d'igualtat i gratuïtat als serveis sanitaris de responsabilitat pública» (art. 23).

A Europa, la Carta social europea de 1961 (revisada el 1996) enforteix el dret a l'atenció sanitària com un dret humà universal independent, que requereix dels estats signants accions especials per tal de garantir-lo, com ara assegurar que tothom es beneficia de les mesures necessàries per tal d'assolir el grau més alt de salut possible, que tota persona que no disposi de recursos suficients té dret a una assistència social i mèdica adequades i que totes les institucions públiques tenen l'obligació d'eliminar tant com els sigui possible les causes d'una salut deficient. Encara més recentment, la Carta dels drets fonamentals de la Unió Europea (any 2000) declara, en l'article 35, que "tota persona té dret a la prevenció sanitària i a beneficiar-se de l'atenció sanitària [...] es garantirà un alt nivell de protecció de la salut humana".

Una concepció tan àmplia del dret a la salut pot semblar massa exigent i aleshores el seu compliment esdevindria irrealista. Al cap i a la fi, el dret a la salut es pot interpretar com un dret a estar sa, cosa que òbviament ningú no pot garantir i que, d'altra banda, implicaria dedicar tants recursos a realitzar aquest objectiu utòpic que no en quedarien prou per dedicar-los a altres béns socials. Per tal d'evitar aquesta contradicció, l'OMS va aclarir l'any 2010³ la diferència entre el dret a la salut i al dret a estar sa. El dret a la salut, afirma l'OMS, fa referència al dret a gaudir d'un conjunt de béns, instal·lacions, serveis i condicions que són necessaris per a la seva realització. Per això, descriure el dret a la salut com el dret al més alt nivell possible de salut és més encertat que fer-ho com un dret incondicional a estar sa. En aquest mateix document, l'OMS adverteix que cap estat no pot justificar l'incompliment de les seves obligacions al respecte per falta de recursos. Els estats han de garantir el dret a la salut tant com els sigui possible en funció dels recursos disponibles, fins i tot quan aquests són escassos.

A Catalunya tenim un bon sistema sanitari, tant pel que fa a la qualitat dels serveis que ofereix com a l'equitat i la universalització en l'accés. Tanmateix, els últims anys, el context de crisi econòmica que afecta el nostre país s'està traduint en importants retallades dins dels serveis públics de la sanitat que poden posar en perill el model d'èxit de la nostra sanitat

³ OMS. El derecho a la salud. Folleto informativo núm. 31. Disponible a: www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf [Consulta en línia el 12 de juliol de 2013]

pública. Cal dir, però, que l'actual limitació de recursos en l'àmbit de la sanitat no és només conseqüència del context de crisi econòmica, per bé que aquesta ha accentuat la situació. Hi ha altres causes, més profundes i anteriors en el temps, que expliquen la necessitat de repensar l'equitat dins del sistema sanitari públic. La principal d'aquestes causes té a veure amb una gran paradoxa: hem incrementat el coneixement científic i tecnològic capaç de tractar eficaçment nombroses malalties que fins fa poc no tenien solució, de manera que ara o bé les podem vèncer o bé podem augmentar considerablement la qualitat de vida dels nous malalts, però l'elevat preu que això comporta (pensem, per exemple, en el cost de les noves tecnologies) fa gairebé impossible que els beneficis d'aquest coneixement arribin a tothom que ho necessita. I aquesta és una paradoxa que, lamentablement, cada vegada es fa més grossa. Al segle XIX, el que escassejava era el coneixement mèdic. La medicina tenia un efecte minso sobre l'evolució de la majoria de les malalties. Avui, en canvi, la ciència mèdica ha guanyat terreny a la ignorància i és capaç de comprendre i d'intervenir en els processos naturals de l'organisme amb una eficàcia desconeguda no fa gaire temps; però aquest coneixement, quan es transforma en tecnologia, tractaments mèdics, hospitalitzacions, mitjans de diagnòstic, medicaments, investigació, etcètera, esdevé molt car. I, a més a més, produeix la necessitat de prendre importants decisions mèdiques molt lluny dels llits dels malalts: en els despatxos dels polítics, en els consells d'administració de les grans empreses farmacèutiques o damunt la taula dels gerents dels hospitals. Podríem dir que, d'alguna manera, comencem a morir d'èxit en el camp de la medicina: com més capacitat científica i tecnològica tenim per combatre les malalties, més evident es torna la necessitat de prioritzar uns recursos sanitaris que no poden ser il·limitats.

L'escenari de limitació de recursos de la sanitat, agreujat per la crisi econòmica i les polítiques de retallades en l'àmbit de la salut, ens obliga, ara més que mai, a repensar l'equitat en la salut i l'atenció sanitària al nostre país. Aquest text vol contribuir positivament i activament a aquesta reflexió.

UN MODEL SOCIAL DE SOLIDARITAT

A l'inici d'aquesta reflexió no podem oblidar les raons per les quals volem ser equitatius en l'accés al serveis sanitaris. La salut és un dels béns fonamentals de les persones i les polítiques de salut són a la base de la justícia social. Això és així des dels inicis de l'estat del benestar, que irromp a Europa a finals del segle XIX de la mà de Bismarck, que inclou les

assegurances contra les malalties, els accidents laborals i les pensions per a la vellesa entre les obligacions de l'estat, i que es consolida acabada la Segona Guerra Mundial amb la creació d'un sistema universal de lluita contra la pobresa que protegeixi a tota la població de tot tipus de contingències, incloses les malalties. L'Informe Beveridge, a la Gran Bretanya, recull perfectament les exigències del nou estat del benestar, entre les quals destaquen la intervenció de l'estat en els mecanismes del mercat per tal de protegir els grups socials més vulnerables i la institucionalització dels ajuts de protecció social per tal de cobrir les necessitats que difícilment poden satisfer salaris normals o persones sense ingressos.⁴

En el context històric de l'estat del benestar, la protecció de la salut és una exigència de justícia, no de beneficència o de caritat. Aquest és el gran avenç ètic i polític de l'època contemporània que supera les concepcions de l'ajuda als malalts per raons estrictament humanitàries, dictades únicament per la consciència moral o el deure religiós, o per raons d'estratègia política, basades en el que és més convenient per a l'estat o els seus dirigents en un moment determinat. Per això, les constitucions modernes i molts textos internacionals recullen la protecció de la salut com un dret fonamental de les persones. I això vol dir que, sense perdre de vista que les polítiques de salut tenen un cost econòmic, sovint elevat, i, per tant, estan subjectes a disponibilitats econòmiques, el dret a la salut és un dret de justícia que en cap cas no pot ser conculcat o suspès per limitació o escassetat de recursos. Els governs tenen l'obligació de justícia de fer tot el que estigui al seu abast per garantir el compliment del dret de tots els ciutadans a gaudir del nivell més alt possible de salut física i mental.

En els últims temps, el dret a la protecció de la salut s'ha posat en dubte des de diferents visions i discursos polítics, que provenen de concepcions propietaristes de la justícia (que sostenen que els drets dels propietaris de la riquesa són moralment superiors als drets socials com ara el dret a la salut o a l'educació), del triomfalisme del mercat (que veu en el lliure mercat la millor forma de regular l'accés a la protecció de la salut) o de la idea que la responsabilitat dels malalts per la seva salut eximeix de la responsabilitat social sobre la protecció de la salut (que queda reservada únicament a evitar el dany a la salut de tercers). Aquests discursos en contra de la protecció pública de la salut dels individus tenen en comú la desvinculació de la protecció de la salut de les consideracions de justícia social,

⁴ Generalitat de Catalunya. L'estat del benestar Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1996. *Vegeu també*: Marshall TH. Ciudadanía y clase social. Madrid: Alianza; 1988.

contravenint, d'aquesta manera, la majoria de les constitucions actuals, sobretot les europees, i els textos internacionals més rellevants en matèria de drets socials i drets humans. Igualment, van en contra de la base ètica de l'estat del benestar: la idea que les persones d'una societat moderna són interdependents, que els complexos processos socials i econòmics en què els individus participen sovint els afecten d'una manera impredecible, i que, en certa mesura i a causa d'aquestes interdependències, les persones es deuen unes a les altres una protecció comuna contra els contratemps que no poden controlar. Darrere d'aquesta idea hi ha el principi de solidaritat. La solidaritat no és un simple valor moral de les persones o les institucions, sinó la base de qualsevol projecte social que vol explicitar la sensibilitat dels éssers humans envers les necessitats, sofriments i desigs de tots els homes i dones sense discriminació de cap tipus.

Naturalment, cal tenir en compte que l'atenció sanitària té un preu estimable que algú ha de pagar (i el pagador no sempre coincideix ni ha de coincidir amb el receptor del servei), que solament de vegades el mercat pot ser un instrument eficaç i eficient per distribuir puntualment determinats béns i serveis i que els individus tenim una innegable responsabilitat personal en la conducció de la nostra vida, inclosa la salut. Però si desvinculem la protecció de la salut de la justícia social, estem posant les bases per desfer l'estat del benestar i tornar als temps de la beneficència, la caritat i, en conseqüència, la desprotecció social dels més vulnerables. El reconeixement necessari de la responsabilitat personal en les qüestions de salut no hauria d'absoldre els individus de la responsabilitat social de crear sistemes eficaços i equitatius de protecció de la salut de tots. Tampoc no és una excusa la desitjable sostenibilitat financera de la sanitat per tal de justificar una reducció de la solidaritat dels sans envers els malalts. La lluita contra la ineficiència, el malbaratament i el frau dins del sistema sanitari és una obligació ètica, però no s'ha de portar a terme en detriment de la solidaritat. I si s'esdevé la circumstància que no hi ha prou recursos per tal d'atendre totes les necessitats, aleshores l'equitat exigeix que tots sortim perdent amb igualtat. Això vol dir que el finançament sostenible de la sanitat, tant si implica com si no una reducció dels recursos fins ara disponibles, no hauria en cap cas de perjudicar la salut dels que no poden accedir a una sanitat privada ni augmentar la desigualtat de salut entre els grups socials.

Cal no oblidar tampoc que un dels encerts del sistema sanitari públic és el fet que es finança entre tots i que gairebé tots el fem servir. És important que la majoria de la població utilitzi el sistema sanitari públic perquè si arribés el moment en què les capes socials més benestants

i les classes mitjanes optessin per una sanitat majoritàriament privada i si els millors professionals de la medicina abandonessin la sanitat pública, això perjudicaria enormement la qualitat del sistema sanitari públic, ja que hi hauria consegüentment una menor preocupació global per mantenir els estàndards de qualitat millors.

Darrere del l'estat del benestar i del dret a la protecció de la salut hi ha un model de societat compromès tant amb la justícia a l'hora de distribuir els beneficis i les càrregues socials com amb la solidaritat amb els membres més vulnerables de la societat. La solidaritat, entesa com la voluntat dels ciutadans de compartir riscos (fonamentalment el risc de la pobresa, la malaltia i l'atur), ha estat un mecanisme de compensació i un principi fonamental de l'estat del benestar des del segle XIX,⁵ però la seva continuïtat està amenaçada per diferents factors, entre els quals cal destacar les restriccions pressupostàries de les finances públiques, la notable tendència a l'individualisme, la percepció social creixent que l'individu és l'únic o el principal responsable del seu destí (inclosa la seva salut) i que la salut és un bé de consum més (cosa que explica, en bona part, l'excessiva medicalització), la globalització econòmica i la força de les ideologies polítiques que prioritzen el dret a la propietat privada i el mercat lliure sense regulació (o amb una regulació mínima destinada a protegir primordialment les regles del mercat i els interessos dels individus econòmicament més forts). Aquest nou context exigeix segurament una transformació de la solidaritat⁶ si es vol refer la voluntat de compartir col·lectivament (entre els joves i els vells, els sans i els malalts, els treballadors i els aturats, els rics i els pobres) els riscos abans esmentats. La renúncia a la solidaritat socialment organitzada significaria la renúncia a un model de societat justa que ens ha acompanyat les últimes dècades amb un èxit notable des del punt de vista de la cohesió social i de la construcció d'una societat bona.

D'altra banda, cal tenir molt present que la salut i l'atenció sanitària no són una mercaderia més i, per tant, no haurien d'estar regulades únicament pel lliure mercat. En primer lloc, perquè la salut és un element imprescindible de les oportunitats socials d'un individu, de manera que la falta de salut deriva en una evident desigualtat d'oportunitats per competir

⁵ Ter Meulen R, Arts W, Muffels R, editors. *Solidarity in health and social care in Europe*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2001.

Stjerno S. *Solidarity in Europe. The history of an idea*, Cambridge: Cambridge University Press; 2004.

⁶ Van der Veen R, Yerkes M, Achterberg P, editors. *The transformation of solidarity. Changing risks and the future of the welfare state*. Amsterdam: Amsterdam University Press; 2012.

socialment. Així doncs, quan és possible recuperar la salut mitjançant l'atenció sanitària, no fer-ho suposa una clara injustícia social. I, en segon lloc, perquè la salut és una necessitat i no es pot considerar com una simple preferència. És clar que es tracta d'una necessitat socialment i culturalment modelada, però tots entenem que hi ha una diferència moral fonamental entre necessitar els serveis d'un perruquer i necessitar els serveis d'un metge. En el primer cas, la necessitat s'assembla més a una preferència, encara que aquesta pugui tenir elements comuns en totes les cultures i societats, mentre que, en el segon cas, es tracta d'una necessitat vital.⁷ Les necessitats vitals han de ser ateses perquè, si no, es posa en risc el valor fonamental de les persones: les seves vides. Una comunitat que no atén les necessitats vitals moralment necessàries dels seus membres no els tracta amb respecte i dignitat. Per això, no es pot deixar l'atenció sanitària en mans de l'interès d'algun poderós grup de propietaris o fins i tot dels practicants de la medicina. L'atenció sanitària pot ser comprada i venuda únicament si tothom té garantida l'atenció que necessita per tal de recuperar la salut, amb independència del poder econòmic del malalt.

EQUITAT EN L'ACCÉS AL SISTEMA SANITARI

Volem que el sistema sanitari públic de Catalunya sigui equitatiu. Però, què és l'equitat? Formalment, som equitativus quan tractem els iguals com a iguals i els desiguals com a desiguals. Ara bé, si passem de la forma al contingut, caldrà saber quina és la desigualtat rellevant que legitima el tracte desigual per poder omplir de contingut l'equitat. En el context sanitari, podem pensar que el grau de malaltia marca aquesta desigualtat rellevant en l'accés als recursos. Així doncs, som equitativus quan l'accés al sistema sanitari és igual a igual necessitat mèdica. És en aquest sentit que diem que hi ha d'haver igualtat d'oportunitats en l'accés a la sanitat.

Ara bé, la malaltia és l'única característica moralment rellevant que ens interessa a l'hora d'accedir als recursos sanitaris? La majoria de països inclouen almenys un altre factor legitimant de la desigualtat d'accés: la ciutadania. És a dir, el sistema sanitari públic atén els ciutadans malalts i exclou els malalts que no són ciutadans (o que pertanyen a països amb els quals no hi ha conveni de prestacions sanitàries). Ens podem preguntar si aquesta

⁷ Scanlon T. Preference and urgency. *Journal of Philosophy*. 1975;57.

exclusió és justa o si no ho és a partir de moltes variables. Però és evident que l'exclusió per ciutadania trenca el principi d'equitat definit com accés igual per igual necessitat mèdica. A més a més, excloure del sistema sanitari els malalts que no són ciutadans, però que viuen entre nosaltres, ens obligaria, per coherència, a rebutjar la seva atenció també en els serveis socials. La paradoxa és, doncs, majúscula: si som coherents amb l'exclusió dels que no són ciutadans i estenem aquesta exclusió tant al sistema sanitari com als serveis socials, freguem la inhumanitat; i si atenem les necessitats socials greus (però no les malalties) dels individus que no són ciutadans, caiem en una contradicció sobre el que significa la justícia difícil de justificar. Al marge d'això, hem de saber distingir entre l'atenció sanitària als ciutadans i a les persones que viuen entre nosaltres i el turisme sanitari. Aquest darrer fenomen representa un abús evident de la generositat del sistema públic de salut.

Un altre factor aliè a l'estat de salut que pot intervenir en la desigualtat d'accés a l'atenció sanitària és la capacitat de pagament dels malalts. En la sanitat privada, la capacitat de pagament del malalt (a través d'un contracte privat entre el malalt i el prestador de serveis o mitjançant una assegurança mèdica) és de fet la clau de l'accés. En el cas de la sanitat pública, generalment l'estat paga l'atenció sanitària que rep el malalt, de manera que l'accés no està condicionat per la seva economia personal. Això no vol dir que l'atenció sanitària sigui en aquest cas gratuïta. Tota prestació sanitària té un cost econòmic. El que vol dir és que el malalt no rep l'atenció mèdica que necessita (la necessitat la prescriu un professional del sistema sanitari públic) condicionada a un pagament privat que serveixi per cobrir tot o una part del cost de l'atenció rebuda. D'aquesta manera, hom assegura que l'equitat d'accés és realment efectiva: s'hi accedeix només per necessitat mèdica. Però hi ha excepcions. En alguns sistemes sanitaris públics s'estableixen, per exemple, mecanismes de copagament, en els quals el malalt es fa càrrec d'una part del cost dels serveis públics rebuts. En el nostre país, en el sistema sanitari públic, i des de fa molts anys, els malalts han de pagar (copagar) un percentatge dels medicaments. En els últims mesos, s'han introduït altres formes de copagament. És evident que un sistema de copagament mal dissenyat pot trencar el principi d'equitat definit com accés igual per igual necessitat mèdica. El copagament, però, pot anar acompanyat de mesures compensatòries per als malalts econòmicament més febles amb la finalitat de no perjudicar l'equitat entesa com a igual accés per igual necessitat. Aquestes mesures, si realment beneficien els més febles econòmicament, poden contribuir a pal·liar l'efecte negatiu dels copagaments en l'equitat sanitària.

Cal no oblidar, però, que el sistema més just de finançament de la sanitat és el que parteix de la progressivitat fiscal, també i sobretot en una època de crisi econòmica. Si cal augmentar la contribució dels ciutadans al sistema sanitari, és més just i equitatiu que el pagament es faci a través dels impostos progressius i amb una orientació finalista.

Les precisions sobre el contingut de l'equitat en l'accés al sistema sanitari són importants perquè si diem que l'equitat sanitària depèn de la necessitat mèdica, no hauríem de discriminar ningú per raons de ciutadania o d'altres, com tampoc no hauríem de condicionar l'accés a la capacitat de pagament dels usuaris. I si ho fem, és a dir, si vinculem l'accés a la condició de ciutadania i/o a un determinat pagament personal (un euro per recepta, un percentatge sobre els medicaments prescrits per la sanitat pública, etc.) per part de l'usuari, aleshores hem d'assumir que estem introduint factors aliens a l'estat de salut i de malaltia (a la necessitat mèdica) en l'accés al sistema sanitari públic. En el cas de la condició ciutadana per accedir als serveis sanitaris públics, s'exclou d'aquest accés els que no són ciutadans; i en el cas de la condició econòmica, es facilita l'accés als malalts que tenen més capacitat de pagament i es dificulta aquest accés als que tenen menys capacitat econòmica.

No obstant això, fins i tot en el cas que vulguem ser equitatius en l'accés a l'atenció sanitària a partir únicament de factors directament relacionats amb la salut i la malaltia, existeixen almenys dues grans interpretacions del que és una necessitat mèdica. La primera diu que els malalts amb més necessitat sanitària són els més greus (habitualment associem la gravetat a l'afectació clínicofuncional: al grau de patiment, dolor, limitació funcional, risc de seqüeles o mort prematura). La segona, en canvi, considera que els malalts amb més necessitat mèdica són aquells que poden treure més benefici sanitari esperat (mesurat amb anys de vida amb qualitat de vida esperats) de l'atenció rebuda. No és que en aquesta segona definició de necessitat mèdica no es tingui en compte la gravetat del malalt, però el grau de gravetat no és el més important a l'hora de definir la necessitat, sinó allò que l'atenció sanitària disponible pot fer pel malalt. Així doncs, en una llista d'espera en la qual l'únic criteri d'inclusió que comptés fos la necessitat mèdica, en el primer cas es prioritzarien els malalts més greus (i els menys greus quedarien a la cua de la llista), mentre que en el segon cas es prioritzarien els malalts que tenen una probabilitat esperada de millora (efectivitat del tractament) més gran. Si associem l'efectivitat al cost, obtenim que, en aquest segon cas, el malalt amb més necessitat mèdica és aquell que té un cost-efectivitat més baix, és a dir, el malalt que pot obtenir del sistema sanitari una salut (anys de vida amb qualitat de vida esperats) més gran a un cost econòmic menor.

Com tot criteri utilitarista, l'aplicació pot ser justa a l'hora de distribuir recursos públics sobre els quals cap individu té més dret que un altre, però no hem d'oblidar que els criteris utilitaristes també poden vulnerar el dret a l'atenció sanitària si, en nom del benefici comú, s'acaba negant l'atenció a determinats malalts que necessiten tractaments poc aconsellables des del punt de vista del cost-efectivitat. L'equitat no sempre és compatible amb la prioritat dels tractaments menys cost-efectius. Al cap i a la fi, l'equitat sempre s'estableix entre persones, mentre que el cost-efectivitat s'aplica a serveis i tractaments. Això no obstant, no s'hauria d'evitar la necessitat de reflexionar amb profunditat sobre algunes situacions en les quals determinats tractaments i serveis amb un preu elevadíssim i una efectivitat minsa produeixen un enorme cost d'oportunitat en l'atenció sanitària a altres malalts. Però volem destacar que aquesta reflexió no és només tècnica, econòmica o política. Té un inevitable component d'ètica pública que hauria de comprometre tota la ciutadania per tal de trobar les millors justificacions de les decisions que cal prendre.

Cal tenir present, també, que les dues concepcions de la necessitat mèdica que hem vist abans serveixen per prioritzar malalts en una hipotètica llista d'espera (o per prioritzar procediments sanitaris amb llista d'espera), però no són útils per justificar una retallada de recursos sanitaris. La decisió d'invertir més o menys recursos per atendre les necessitats sanitàries dels malalts obeeix a altres raons.

Al costat de les dues concepcions de la necessitat mèdica esmentades podem incloure altres criteris de prioritització entre malalts o tractaments sanitaris en llistes d'espera, com ara, i a tall d'exemple, l'edat del malalt, el seu estil de vida o si té conducta de risc o el rol social (si té alguna persona que el cuidi en cas que la situació ho requereixi, si hi ha limitació per cuidar les persones al seu càrrec, si hi ha limitació per treballar, etc.). Aquests criteris no depenen directament de la necessitat sanitària, però una prioritització ètica dels recursos disponibles en llistes d'espera podria tenir-los en compte.⁸ Un cop més, cal dir que no s'haurien d'utilitzar aquests criteris per tal de negar o condicionar l'accés al sistema sanitari

⁸ *Vegeu, per exemple:* Solans A, Adam P, Espallargues M. Elaboració d'un sistema universal/genèric de prioritització de pacients en llista d'espera. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011; Adam P, Alomar S, Espallargues M, Herdman N, Sanz L, Tebé C. Priorització entre procediments quirúrgics electius amb llista d'espera del sistema sanitari públic a Catalunya. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010.

si volem respectar l'equitat entesa com igual accés per igual necessitat. Per exemple, es pot utilitzar l'edat o les repercussions que la malaltia té en l'entorn familiar i social del malalt per prioritzar-lo en una llista d'espera, però no per negar-li o condicionar-li l'accés. Si ho fem, si li neguem o li condicionem l'accés per alguna d'aquestes raons, passa el mateix que amb la capacitat de pagament o la condició de ciutadà: trenca l'equitat entesa com igual accés al sistema sanitari per igual necessitat.

Una altra distinció important en relació amb l'equitat en l'accés al sistema sanitari és la que podem establir entre igualtat d'accés i igualtat de tracte. La igualtat d'accés s'assoleix quan tots els malalts hi accedeixen i utilitzen (igualtat d'ús) els serveis del sistema sanitari en funció únicament de la necessitat mèdica. No és imprescindible que siguin atesos en un centre públic o privat, o que puguin o no escollir el metge o el centre que els atindrà. L'important és que accedeixin efectivament al millor tractament possible. En canvi, la igualtat de tracte introdueix un element ètic diferent. S'assoleix la igualtat de tracte quan no s'estableixen diferències de tracte entre els malalts que no obeeixen a les diferències en necessitat sanitària. Per exemple, si els malalts tenen un accés desigual a les llistes d'espera en funció de la seva influència social, d'un coneixement privilegiat del funcionament del sistema sanitari o de la proximitat als òrgans de decisió sobre les llistes d'espera; o si no tots els malalts poden elegir amb el mateix ventall d'oportunitats el metge que els atindrà; o si no tots poden gaudir de les anomenades *comoditats hoteleres*; o si s'obre una doble xarxa d'accés al sistema sanitari: una de privada i una de pública (per exemple, amb les prestacions privades dins del sistema sanitari públic), en tots aquests casos, es pot garantir un accés igual a l'eficàcia sanitària en funció de la necessitat mèdica, però el tracte que reben els malalts és desigual. Per posar un exemple anàleg, imaginem que tots els vagons d'un mateix tren arriben puntualment a l'estació de destí, però als vagons de primera classe només hi tenen accés els viatgers privilegiats (per raons de classe, ètnia, gènere o estatus social) mentre que a la resta de vagons les persones han de viatjar com si fossin bestiar. En aquest tren s'ha respectat la igualtat d'accés al destí, però no la igualtat de tracte dels viatgers. La igualtat de tracte és tan important per a l'equitat com la igualtat d'accés. Un sistema sanitari que eixamplés la distància entre la sanitat pública, utilitzada fonamentalment per les classes socials més populars, i la sanitat privada, reservada en la pràctica a les classes més privilegiades, danyaria l'equitat d'una manera significativa.

Encara que els resultats de les intervencions sanitàries depenen de molts factors –entorn, estat previ de salut, comportaments i estils de vida–, procurar l'equitat de resultats també ha de ser un objectiu del sistema sanitari.

No hem d'oblidar, finalment, el paper de tots els agents implicats en el manteniment i la promoció de l'equitat sanitària, tant en l'accés com en el tracte dels malalts. Fins ara, per exemple, els professionals de la sanitat han tendit a pensar que la seva tasca és fonamentalment tècnica i clínica, i que la justícia del sistema és un assumpte social i polític, aliè en tot cas a les seves obligacions com a professionals. No només això: és habitual argumentar que un bon metge i un bon infermer no han de tenir en compte, per a una correcta praxi mèdica, els factors de justícia i d'equitat, com també es diu que la indústria farmacèutica i de productes sanitaris ha de preocupar-se sobretot dels comptes de resultats de l'empresa i no de si els seus productes es distribueixen socialment amb justícia o no. Aquestes actituds, però, són moralment desaconsellables. La preservació de l'equitat no és una responsabilitat únicament dels governants i els ciutadans. Tots els agents que participen en la provisió de salut en són responsables en alguna mesura, si bé en un grau diferent en funció de llur posició. Els professionals de la medicina, les organitzacions sanitàries, la indústria relacionada amb la salut, les associacions de malalts i els mateixos malalts i familiars són coresponsables de l'equitat del sistema sanitari. Al cap i la fi, un sistema sanitari equitatiu tindria molt poc valor i una capacitat de realització molt baixa si tots els agents afectats pel sistema es desvinculessin constantment dels objectius d'equitat.

Aquesta coresponsabilitat no és fàcil d'assumir. La indústria i les organitzacions sanitàries se n'han de fer càrrec a través de les polítiques de responsabilitat social de l'empresa; els professionals han de veure l'equitat com un deure ètic de la seva professió (equiparable al respecte a l'autonomia del pacient), i els malalts han de contribuir amb una exigible conducta cívica al funcionament equitatiu del sistema. Per a això últim, és necessari que els malalts també participin (i se'ls faci participar) activament de tots els processos de confecció i aplicació dels sistemes d'accés i d'equitat i consentin conseqüentment als seus resultats.

EQUITAT EN LA SALUT

L'equitat en l'accés al sistema sanitari no és l'únic àmbit de l'equitat que ens ha de preocupar en relació amb la salut. La distribució social de la salut és un tema encara més

important des del punt de vista de l'equitat, ja que afecta no només l'accés a una atenció sanitària de qualitat (que resulta cabdal quan les persones contrauen una malaltia), sinó al risc d'emmalaltir, és a dir, a les probabilitats que té una persona de perdre la seva salut. Al marge de les diferències biològiques, la moderna epidemiologia té uns coneixements molt sòlids sobre les causes socials que provoquen la distribució de les malalties entre la població, i la principal conclusió és que l'accés als anomenats *determinants socials de la salut* és decisiu per explicar una determinada distribució social de la salut.

Els determinants socials de la salut són els factors socials (classe, gènere, edat, ètnia,...) que, com a conseqüència d'un determinat context social, econòmic i fins i tot polític (que inclou, entre altres factors, el mercat de treball, les polítiques macroeconòmiques i les polítiques en relació amb l'estat del benestar) expliquen les desigualtats de salut entre la població.⁹ Així doncs, l'accés desigual o inequitatiu als determinants socials de la salut es converteix en el principal factor explicatiu de les desigualtats de salut. Si l'equitat en la salut significa eliminar les diferències injustes en salut¹⁰ o, dit en termes més operatius, eliminar les disparitats sistemàtiques en salut entre grups socials amb diferents nivells d'avantatges/desavantatges lligats al gènere, la riquesa, el poder, l'ètnia, l'edat, etcètera,¹¹ aleshores una política d'equitat en la salut s'hauria de traduir a intentar evitar l'accés desigual dels individus als determinants socials de la salut. Això s'aconsegueix, com afirma contundentment l'OMS,¹² amb la disminució de les desigualtats socials i econòmiques, ja que aquestes són, al cap i a la fi, i com demostren tots els estudis de la moderna

⁹ Comisión para reducir las desigualdades en salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2011.

Vegeu també: Rodríguez M, Urbanos R, editores. Desigualdades sociales en salud. Barcelona: Masson; 2008.

¹⁰ Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*. 1992;22(3):429-45.

¹¹ Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57(4).

¹² Organización Mundial de la Salud. Subsanan la desigualdad en una generación. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. OMS; 2009

epidemiologia,¹³ les causants principals de les desigualtats injustes en la salut de les persones. L'accés equitatiu a una atenció sanitària de qualitat és un determinant social més de la salut que una política d'equitat en la salut ha de tenir molt present. No obstant això, l'objectiu de l'equitat en la salut ha de ser més ampli, ha d'abastar tots els determinants socials de la salut, principalment els que tenen a veure amb les desigualtats socials, econòmiques i de poder real de les persones. Només d'aquesta manera podem dir que ens estem prenent seriosament i amb rigor la voluntat d'eliminar les iniquitats en la salut.

Així doncs, la millor estratègia a favor de l'equitat en la salut consisteix a igualar l'accés als determinants socials de la salut (inclòs l'accés al sistema sanitari). Encara que l'accés al sistema sanitari sigui equitatiu, i que la necessitat mèdica sigui l'únic criteri per rebre una atenció sanitària de qualitat (i no la capacitat individual de pagament o d'altres), el coneixement que tenim sobre la resta de determinants socials de la salut demostra que pot ser que les persones arribin ja malaltes al sistema sanitari per motius socialment injustos que no tenen a veure solament amb l'exposició a agents externs tòxics, sinó sobretot amb l'efecte de l'estructura social desigual en l'aparició prematura i el desenvolupament de les malalties.

RECOMANACIONS

Atès el que s'ha dit fins ara, creiem oportú realitzar les recomanacions següents per tal de garantir l'equitat del nostre sistema sanitari i la salut de la nostra població.

1. Posar en marxa polítiques d'equitat en la salut que consisteixin a reduir les desigualtats socials, econòmiques i de poder de la població i que reforcin l'estat del benestar, en la línia de les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut. La **disminució de la desigualtat de salut** entre la població per causes injustes ha de ser un objectiu fonamental de l'equitat, i es pot assolir amb les polítiques adequades, tant si el nivell de riquesa econòmica del país augmenta com si disminueix. Les desigualtats de salut que provenen

¹³ Wilkinson R. *The spirit level: why equality is better for everyone*. London: Penguin Books; 2010. *Vegeu també*: Marmot M, Wilkinson R. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press; 2006.

dels determinants socials de la salut no depenen del nivell econòmic d'una societat en termes absoluts, sinó de la distribució de la seva riquesa i de les desigualtats socials que se'n deriven. Cal deixar molt clar, a més a més, que la salut no és només un assumpte privat, tal com ho demostren els determinants socials de la salut.

2. Garantir l'equitat en l'accés al sistema sanitari de qualitat prioritant la necessitat mèdica com a criteri principal d'accés, i utilitzant altres criteris, com ara el copagament, únicament si van acompanyats de mesures compensatòries que assegurin l'objectiu de l'equitat entesa com a igual accés per igual necessitat mèdica. En qualsevol cas, abans de plantejar mesures com el copagament i unes retallades lineals injustificables des del punt de vista de l'equitat caldria apostar per l'augment de la **fiscalitat progressiva** amb una orientació finalista com a forma de pagament.

3. Evitar la devaluació del sistema sanitari públic, sistema que és una garantia insubstituïble del model de solidaritat i d'equitat que ens ha acompanyat amb èxit des de la recuperació de les llibertats democràtiques. Cal garantir l'accés de tota la població, sobretot de la més desafavorida econòmicament, a l'atenció sanitària de qualitat. El sistema sanitari públic no pot ser objecte de privatització estricta. Cal rebutjar la utilització de la salut com una mercaderia que pot ser comprada i venuda en el mercat sense considerar la protecció dels més febles econòmicament; un ús mercantil de la salut que, com a tot arreu mostren els models de sanitat que no prioritzen la sanitat pública, no només contribueix a una pèrdua d'equitat en l'accés i en el tracte, sinó que també provoca un augment de les desigualtats injustes de salut.

4. Evitar totes les ineficiències que no disminueixin l'equitat en el sistema sanitari definida com igual accés per igual necessitat mèdica ni l'equitat en salut definida com l'eliminació de les diferències injustes en la salut de la població. Ara bé, la necessitat d'evitar les ineficiències no significa que el sistema sanitari públic sigui globalment ineficient. Volem deixar clar que el nostre sistema sanitari públic és més eficient, per exemple, que el sistema

sanitari dels Estats Units d'Amèrica, primordialment privat, que és molt més car i que té uns indicadors de salut globalment molt pitjors que els nostres.

5. Assumir la **responsabilitat de mantenir i fomentar l'equitat** en l'atenció sanitària i en la salut. Aquesta responsabilitat pertany a tots els agents implicats en cada una de les accions que afecten la salut de les persones: principalment als governants, però també als professionals de la salut, a les institucions sanitàries, a la indústria farmacèutica i de productes sanitaris, als pacients i familiars i a les associacions de malalts. Assumir la responsabilitat també significa que els afectats, sobretot els pacients, han de poder participar adequadament de la presa de decisions relacionades amb l'equitat i consentir en els seus resultats.

6. Proposar que hi ha hagi un **organisme públic i independent que avaluï** de manera vinculant les intervencions sanitàries i les que tenen influència en la salut per tal que es mantinguin o es millorin els objectius d'equitat, eficiència i seguretat del sistema sanitari públic. Aquest organisme no hauria de substituir el control que ha d'exercir el Parlament, com és obvi, però sí que hauria de ser una veu experta indispensable i independent a l'hora d'avaluar tota mena d'intervencions sanitàries i no sanitàries sobre la salut de la població.

Aquest document ha estat coordinat per:

Angel Puyol i González

Marc A. Broggi i Trias

Han participat en la redacció d'aquest document:

Rogeli Armengol i Millans

Francesc Borell i Carrió

Josep M. Busquets i Font

Pablo Hernando Robles

Marius Morlans i Molina

Milagros Pérez Oliva

Joan M. V. Pons i Rafols

Andreu Segura i Benedito

Núria Terribas i Sala

Anna Veiga i Lluch

Aquest document ha estat aprovat a la 86 Reunió Plenària del Comitè de Bioètica de Catalunya del dia 19 de juny de 2013.