

Justicia distributiva sanitaria*

¿penalizar al enfermo “culpable” de su condición?

Pablo de Lora

Profesor Titular de Filosofía del Derecho. Facultad de Derecho. Universidad Autónoma de Madrid.

EL CASO

Brenda Payton, de 35 años, sufría de una insuficiencia renal que le obligaba a hemodializarse tres veces por semana. Vivía sola en West Oakland (California) en una vivienda de protección oficial con los 356 dólares que le proporcionaba la Seguridad Social. Uno de sus hermanos cumplía condena en la cárcel, mientras que el otro estaba ingresado en un hospital psiquiátrico. Aunque se había desenganchado de la heroína, Brenda consumía habitualmente alcohol y barbitúricos. Desde 1975 había sido atendida por el Dr. Weaver, el nefrólogo responsable de la unidad de hemodiálisis del Hospital Providence. Después de tres años a lo largo de los cuales la actitud de Brenda había sido persistentemente obstruccionista con el tratamiento (lejos de cumplir con las restricciones alimenticias necesarias para el éxito de la hemodiálisis, Brenda abandonaba sistemáticamente la dieta, no tomaba las medicinas prescritas y acudía fuera del horario asignado a dializarse), el Dr. Weaver decidió terminar su relación con la paciente, ante lo cual Brenda acudió a los Tribunales para obligar al médico y al hospital a seguir atendiéndola. La demanda se saldó con la orden judicial de proseguir con el tratamiento siempre y cuando Brenda hiciera su parte. Pero ésta volvió a incumplir sus compromisos y el Dr. Weaver nuevamente le notificó que dejaba de ser su médico, aportándole una lista de servicios de hemodiálisis en su localidad. La cuestión fue de nuevo abordada en sede judicial, en la que se comprobó la absoluta irresponsabilidad de Brenda para con su enfermedad. En los últimos once meses habían sido 30 las ocasiones en las que se había dializado de urgencia por no haber llegado en su momento a la unidad de hemodiálisis que le correspondía. Cuando lo hacía, era frecuente que estuviera borracha y que incordiará y molestará al personal sanitario y al resto de pacientes presentes en la sala. ¿Puede el sistema sanitario “abandonar” a alguien como Brenda¹?

La influencia de las propias elecciones o estilos de vida a la hora de distribuir recursos sanitarios cabe ser analizada en dos planos que conviene mantener distinguidos. Por un lado, la responsabilidad individual puede jugar un papel en el diseño y fundamentación de un sistema que provee de asistencia sanitaria a los individuos. Estamos, entonces, situados en el contexto de las decisiones “macro-distributivas”, o, en una terminología bien conocida y popularizada por Guido Calabresi y Philip Bobbitt, ante la resolución de dile-

*Este trabajo forma parte de los resultados obtenidos en el desarrollo del proyecto de investigación “El utilitarismo como base de la ética aplicada”, de referencia HUM2004-05983-C04-02, y que ha sido cofinanciado por el Ministerio de Educación y Ciencia y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

mas trágicos de primer nivel (la decisión acerca de qué producir o cuánto de algo debe haber²). Por otro lado, cabe preguntarse si a la hora de distribuir un bien escaso cabe tener en cuenta el comportamiento de los potenciales beneficiarios o el tipo de elecciones realizadas en el pasado que hubieran podido ser determinantes en la generación de la enfermedad para la que ahora aquellos necesitan asistencia. La responsabilidad individual estaría en este último supuesto influyendo en las decisiones micro-distributivas, en las elecciones trágicas de segundo nivel (decisiones sobre cómo asignar lo producido). Abordemos pues ambos órdenes de cuestiones en el orden en que se han presentado.

LOS SISTEMAS SANITARIOS: ENTRE LA SOLIDARIDAD Y EL ASEGURAMIENTO

Una pregunta que parece gratuita en los países que gozan de un sistema sanitario público consolidado, y donde constitucional o legalmente se afirma el derecho universal a la protección de la salud, es la razón por la cual la atención sanitaria no es un servicio que, como tantos otros, los individuos compran libremente en un mercado en función de su capacidad de pago. La pregunta no es, sin embargo, baladí sino bien pertinente. En las páginas de esta misma revista, Guillem López-Casasnovas ha destacado que la intervención pública en la prestación de asistencia sanitaria se justifica por razones de eficiencia o de equidad³. Con respecto a las primeras, él ya ha hecho un análisis suficientemente exhaustivo, con lo que yo me centraré en indagar sobre las segundas: ¿Por qué brindar protección de la salud a todos los individuos es una exigencia de justicia? Y si lo es, ¿cuál es su alcance?

Para una corriente mayoritaria dentro de la filosofía moral y política contemporánea, las instituciones políticas y sociales no deben reflejar la ciega distribución de recursos (capacidades tales como la inteligencia o la aptitud física) con la que la naturaleza nos ha dotado al nacer. Dichas circunstancias que nos acompañan desde ese momento, y que podemos explotar, son inmerecidas, y, por lo tanto, también lo son, en buena medida, los frutos que con ellas nos es dado obtener. Si el Estado permitiera lo contrario, esto es, si permaneciera impasible ante la miseria de partida de algunos o la riqueza de cuna de otros, sería un Estado carente de legitimidad. Ello no implica, en cambio, que el Estado aniquile la condición individual mediante una suerte de expropiación absoluta de todos los beneficios que propicia el ejercicio de nuestros talentos por muy inmerecidos que sean éstos. Tal cosa anularía de manera intolerable la libertad individual, un valor tan digno de ser tenido en cuenta como la igualdad que se persigue cuando el Estado trata de paliar los resultados del azar natural.

La idea es por tanto la de equiparar, tanto como resulte posible, las circunstancias que permiten a los individuos desarrollar autónomamente sus planes de vida. Para tal fin el Estado redistribuye recursos entre sus ciudadanos, lo cual implica, paradigmáticamente, que los individuos podrán gozar de ciertos bienes y servicios a los que no podrían acceder en un mercado libre en el que la asignación de bienes tiene como único criterio la capacidad de pago. Así ocurre con la asistencia sanitaria, que sin duda constituye una de las condiciones de posibilidad más importantes para el ejercicio de nuestra autonomía personal. El despliegue de nuestras habilidades, la posibilidad de trabajar, de alcanzar nuestro máximo potencial y disfrutar de la vida dependen crucialmente de nuestro estado de salud.

En una tradición que se remonta al filósofo Thomas Hobbes, y que tiene en John Locke, Immanuel Kant y Jean-Jacques Rousseau otros ilustres antecedentes, la justificación de esta intervención por parte del Estado se sustenta sobre la idea del contrato mutuamente beneficioso para todas las partes. En la versión renovada de dicha tradición contractualista, la del filósofo estadounidense John Rawls, podemos pensar que si tuviéramos que decidir bajo qué tipo de principios y reglas de gobierno colectivo querríamos vivir si no supiéramos qué circunstancias nos iban a acompañar en el futuro (si desconociéramos si vamos a ser mujeres u hombres, capaces o discapacitados, miembros de una minoría racial, ricos o pobres), no decidiríamos vivir en un Estado que admite las diferencias en recursos entre los individuos cuando dichas diferencias son debidas a la fortuna natural⁴. Partiendo también de un escenario hipotético -el de una subasta en una isla donde a sus habitantes les es entregado un mismo monto de medios de pago para que libremente pujen por los recursos que se encuentran en ese territorio-, Ronald Dworkin ha justificado igualmente que el Estado procure la igualdad entre sus ciudadanos, y que, para ello, se dote de un sistema público de asistencia sanitaria. Para llegar hasta ese corolario, hay una serie de pasos intermedios en el planteamiento de Dworkin que conviene presentar, siquiera sea sumariamente.

Con el mecanismo de la subasta imaginaria, Dworkin pretende igualar las "circunstancias" de los individuos salvaguardando su identidad: aunque todos dispondrán inicialmente del mismo capital, cada uno de ellos pujará en función de sus preferencias, deseos e intereses, es decir, de acuerdo con el tipo de persona que son. La igualdad que persigue Dworkin no es por tanto la igualdad en el bienestar que cada isleño pueda obtener con los bienes que consigue, sino la *igualdad en los recursos*. De esa forma, y una vez que tras sucesivas pujas nadie envidia lo que cualquier otro ha obtenido en la subasta, se logra el doble objetivo de que lo que tiene cada cual haya sido inmune a la influencia de circunstancias inmerecidas, y, al tiempo, que su riqueza sea la expresión de las preferencias y ambiciones individuales, y no la imposición de un agente externo⁵. Los isleños se configuran así como seres libres, pero también responsables de tales preferencias y ambiciones, es decir, *se hacen cargo de quiénes son*.

Por otro lado, su vida estará sometida a contingencias e infortunios varios -no sólo son inmerecidas las circunstancias congénitas- y es por ello por lo que uno de los bienes o servicios que los isleños deberán adquirir con sus recursos iniciales es una póliza de seguro. De otra forma, ese "test de la envidia" con el que certificamos la igualdad, no se supera: si resulta que sólo igualamos la riqueza inicial con la que adquirir bienes y ocurre que algunos isleños, frente a otros, son especialmente hábiles o inteligentes, éstos van a producir más y mejor una vez concluida la subasta. Además, como antes indicaba, en la vida de algunos isleños acontecerán enfermedades o discapacidades que mermarán sus planes de vida.

El mercado hipotético de seguros introducido por Dworkin se sustenta sobre la distinción entre la suerte "optativa" y la suerte "bruta". La primera depende de la aceptación de un riesgo aislado, previamente calculado, situación en la que es posible ganar o perder. La segunda clase, la suerte bruta, deriva de riesgos que la persona no ha asumido (por ejemplo, nacer ciego o sufrir un accidente sin culpa), por lo que la redistribución de recursos sí sería debida. En la medida en que la diferencia entre ambos tipos de fortuna

es de grado y no de clase, y, además, nunca podremos estar realmente seguros sobre su origen, el mecanismo del seguro es precisamente el modo de proporcionar un puente entre ambos géneros de azar. Así, la decisión de comprar o rechazar un seguro contra una catástrofe se transforma en una apuesta calculada que convierte a la suerte bruta en opcional, y que será, de nuevo, expresión de la personalidad del sujeto (sus preferencias, ambiciones, deseos, aversión al riesgo, etc.): si a los individuos X e Y, ambos con la misma probabilidad de quedarse ciegos por la mala suerte bruta, se les ofrece la posibilidad de asegurarse contra dicha contingencia, y sólo X se asegura, los efectos de la ceguera posterior de Y son, en algún sentido, responsabilidad suya. Las diferencias -bien obvias- que a partir de entonces habrá entre X e Y habrán sido producto de una "suerte elegida".

La situación hipotética que nos plantea Dworkin sirve, como en el caso de la posición original de Rawls, para calibrar hasta qué punto las instituciones políticas y económicas reales operan en pos de la igualdad. El modelo es útil para preguntarse, en relación con una distribución real de recursos, si ella cae dentro de la clase de distribuciones que se habrían producido en una subasta como la que Dworkin configura, a partir de una descripción defendible de los recursos iniciales. Su apuesta por la concepción de la igualdad como igualdad de recursos articulada mediante el complejo mecanismo imaginario que he descrito sucintamente, le ha servido también para perfeccionar una teoría de la justicia distributiva sanitaria. La introduciré a continuación porque me parece que se trata de un buen modelo con el que analizar el papel que los estilos de vida o hábitos conscientemente elegidos deben jugar en la distribución de la asistencia sanitaria.

En el modelo de justicia distributiva sanitaria de Dworkin se presupone que hay determinados tratamientos, procedimientos de diagnóstico, recursos sanitarios al fin, que es legítimo no brindar a los ciudadanos y que, por tanto, sólo podrán ser eventualmente obtenidos por éstos en función de su capacidad de pago. Con ello Dworkin expresamente rechaza la regla de acuerdo con la cual, cuando la vida o la integridad física de alguien está en juego, el "dinero" no puede ser una razón para que los poderes públicos no le atiendan⁶. En otras épocas en las que la biomedicina no era capaz de ofrecer una curación o prolongación efectiva de la vida, tal vez se podía abrazar esta "regla del rescate", porque, en el fondo, salía "gratis". Hoy, sin embargo, ya no es posible. Pues bien, ¿qué es en cambio lo que el Estado sí debe garantizar?

Según Dworkin, el mínimo sanitario es determinable a partir del principio del "seguro prudente y responsable", un principio íntimamente vinculado con su concepción de la igualdad como "igualdad de recursos". En el caso que nos ocupa -la distribución de la asistencia sanitaria- tal principio opera a partir de las siguientes premisas: la inicial asignación de iguales recursos a los isleños (que ya conocemos); una distribución de la información médica simétrica entre los profesionales de la salud y el público en general (las consecuencias de distintas afecciones, los medios preventivos y el valor y efectos de distintos tratamientos sanitarios) y, por último, la ignorancia general sobre las probabilidades de cualquiera de desarrollar una enfermedad. Pues bien, dadas dichas condiciones, los individuos podrían simplemente "comprar" asistencia sanitaria en un mercado libre, de la misma manera que se proveen de otros bienes en función de sus preferencias y ambiciones habiendo sido previamente igualadas sus circunstancias y habiéndose superado el test de la envidia. Entonces, de acuerdo con Dworkin, pueden extraerse dos con-

clusiones: 1) cualquiera que fuera la cantidad destinada a la salud en esa sociedad (y esa cantidad no sería sino la suma de lo gastado por cada uno de sus miembros) esa sería la *cantidad justa*, y 2) cualquiera que sea la forma en que quede distribuida la protección de la salud en esa sociedad, esa sería la *distribución justa*⁷. Dicho en otros términos: una distribución justa en atención sanitaria es aquella que una persona bien informada crea para sí misma mediante su elección individual suponiendo que el sistema económico y la distribución de la riqueza en esa comunidad son justos.

A partir de ahí, la conjetura de Dworkin es doble. Por un lado, estima que una sociedad en la que se han dado esas condiciones iniciales evolucionará en el sentido de crear instituciones públicas encargadas de reducir el coste de la acción colectiva en materia de protección de la salud y de proveer de asistencia sanitaria al modo europeo (y no así estadounidense), es decir, con una cobertura universal básica y pública, desconfiando del mecanismo puro del mercado que basa la distribución en la capacidad de compra. Por otro lado, y como causa de lo anterior, podemos especular sobre el tipo de decisiones y aseguramientos que un individuo racional y libre adoptará si se dan las tres condiciones iniciales anteriormente presentadas; un conjunto de coberturas que harán, por tanto, legítimas algunas denegaciones de asistencia y/o de generación de ciertos recursos sanitarios. Así, Dworkin afirma que nadie sensatamente pagaría una póliza -a un coste altísimo- que le asegure la alimentación artificial si cae en un estado permanentemente vegetativo, pues esa cantidad puede destinarla a satisfacer otros intereses y bienes cuya ausencia haría que su vida resultase pobre. Lo mismo cabría decir de la previsión para que sean utilizados tratamientos salvadores cuando se ha entrado en las últimas y más penosas fases de una demencia irreversible como el Alzheimer. Con este mismo criterio podemos pensar en cómo habría de ser la asistencia sanitaria para nuestros descendientes. No sería racional, por ejemplo, adquirir costosas pólizas para cubrir los muy caros tratamientos neonatales cuando nuestros hijos nacen prematuramente o con daños cerebrales muy severos que hacen muy improbable su supervivencia con una vida de calidad. La razón es, nuevamente, el coste de oportunidad de su educación futura o de la existencia de otros hijos sanos. Y si no sería racional desde el punto de vista del individuo, no lo sería tampoco para el sistema público de salud. Sí sería prudente, en cambio, destinar recursos para prevenir enfermedades típicas mediante la vacunación o el coste de la cirugía reparadora de los traumatismos o de la curación de las enfermedades en la infancia, etc.

Si tuviera que sintetizar el planteamiento dworkiniano sobre la justicia distributiva sanitaria, el siguiente lema podría responder a dicha síntesis: "no reclames del Estado lo que tú mismo no habrías previsto". Y lo que resulta pertinente subrayar de este principio es que lo que uno mismo no habría previsto tiene que ver con costes de oportunidad que el propio individuo valora, y que responden, en definitiva, a lo que de personal e intransferible hay en todos los seres humanos que cuentan con capacidad para ejercer su autonomía moral (en la forma de deseos, preferencias, planes de vida en suma). Y entre esos "costes de oportunidad" habrían de incluirse también los que generan las actividades que de manera consciente el individuo desarrolla sabiendo que ponen en peligro su salud. La asistencia sanitaria debería ser por tanto sensible a ese binomio libertad-responsabilidad que acompaña al individualismo moral. El sistema público sanitario *a la Dworkin* está cimentado, en definitiva, sobre un paternalismo muy restringido. La protección de la salud

es un bien "especial", en el sentido de que su provisión no está sometida, como otros servicios, exclusivamente al juego del libre mercado, pero no *tan especial*, en el sentido de que los individuos ejercen una cierta soberanía sobre el alcance de tal asistencia. La intervención del Estado en los niveles macro y microdistributivos será el resultado, por decirlo así, de la intersección de todas las decisiones discretas de aseguramiento de individuos bien informados y que han sido equiparados en sus circunstancias iniciales. Todo lo que caiga fuera de ese solapamiento serán tratamientos "excéntricos" que un Estado podrá justamente no cubrir.

La mayoría de las críticas esgrimidas frente a la concepción de Ronald Dworkin se articulan precisamente en torno al déficit de paternalismo de su modelo. Hay una cierta falta de misericordia como consecuencia de su planteamiento -se dice-, pues éste permitiría abandonar a su suerte a todos los individuos faltos de diligencia o poco aversos al riesgo⁸. Otra dimensión de esa misma crítica tiene que ver con un presupuesto de los sistemas sanitarios públicos que Dworkin vulneraría por hacer de la asistencia sanitaria una prestación o servicio que se concibe, siquiera sea inicialmente, como mercantilizable (su provisión por parte del poder público es un mero *desideratum* de la racionalidad colectiva y de la lógica del mercado como he indicado antes). Y es que cuando la protección de la salud es una encomienda del Estado, se trata de un bien no fungible, es decir, los individuos no pueden recibir el equivalente dinerario de la prestación a la que tienen derecho: el enfermo de corazón ve su cirugía cardiaca sufragada, pero no puede canjear lo que dicha intervención cuesta si resulta que prefiere comprarse un caro Stradivarius, o una vivienda, bienes ambos que, tal vez, le reportarían mayores satisfacciones⁹. De acuerdo con Lesley Jacobs, el mecanismo del seguro prudente sobre el que Dworkin construye su propuesta, en cambio, sí permitiría tal trueque o "cheque sanitario". Y la razón es -señala aquella-, el peso (excesivo) puesto por Dworkin en la satisfacción de preferencias individuales -y la consiguiente confianza en el mecanismo del mercado de seguros- como pivote de la entera justificación de la intervención del Estado en la protección de la salud de sus ciudadanos. Para Jacobs, el tipo de institucionalización pública del sistema de asistencia sanitaria característica de los países europeos que Dworkin anhela para los Estados Unidos está anclado en un paternalismo de mayor calado del que Dworkin parece dispuesto a admitir¹⁰.

Algo parecido ocurre si pensamos en el criterio para determinar qué cantidad de recursos debe gastar una sociedad en asistencia sanitaria. Al decir de Dworkin, esa cantidad no es sino la suma de lo que hubieran gastado individuos concebidos *a la Dworkin* -en un contexto de elección concebido *a la Dworkin*. Y es que, obviamente, pudiera darse el caso de que lo que se destina es muy poco, tan escaso como para no poder garantizar siquiera las prevenciones o restauraciones de la salud mínimas, tan básicas que permiten emprender o reanudar algún plan de vida por poco sofisticado que sea. Y eso pudiera ocurrir bien porque los individuos arriesgan mucho, bien porque la sociedad es muy pobre.

En el primer caso, la pobreza de los recursos agregados destinados a la protección de la salud se debe a que los ciudadanos son frívolos. Ello es debido, de nuevo, a que Dworkin, no considera "especial" el tratamiento sanitario, con lo que se pierde de vista algo importante: la necesidad objetiva de disponer de él, una necesidad que se sitúa por enci-

ma de la soberanía del consumidor-paciente. Entonces, no sólo el primer criterio de justicia sanitaria, sino también el segundo (la distribución de recursos sanitarios será justa si responde a lo que cada cual dispuso para proteger su salud en las condiciones de la sociedad *a la Dworkin*) se ve resentido. En definitiva, el juicio sobre la necesidad del tratamiento para la enfermedad y su previsión es una evaluación -dicen los críticos de Dworkin- que escapa al ámbito de la preferencia subjetiva. Bajo los presupuestos dworkinianos nada asegura que los individuos adquieran coberturas razonables, y no es bastante respuesta apuntar a que será justo lo que obtenga cada cual si fue el fruto de una elección que atiende a un esquema o plan global de vida libremente asumido. Lo justo es que todos vean cubiertas sus necesidades sanitarias objetivas, porque ello es en definitiva la condición de posibilidad para disfrutar de los planes de vida que decidan llevar a término.

Ante este género de críticas, Dworkin ha respondido añadiendo mayores dosis de paternalismo en su modelo. Para empezar, es conveniente destacar que, en puridad, Dworkin sólo *aparentemente* concede que las decisiones sobre la salud son el resultado de esquemas de preferencias individuales, propias e intransferibles. Al fin y al cabo, en su propuesta también se adscribe un carácter objetivo a la necesidad sanitaria en la medida en que se presupone que los individuos saben tanto como los médicos y, sobre todo, se introduce el elemento de la racionalidad en el diseño de la cobertura que cada cual adquiriría con el igual monto de recursos inicialmente asignados. Con esos dos mimbres, los riesgos de frivolidad quedan extraordinariamente minimizados. En todo caso, Dworkin admite que, puesto que la gente puede adoptar malas decisiones sanitarias, sería irresponsable permitirles no suscribir seguros. Un cierto grado de paternalismo en este ámbito se justifica, además, por las externalidades negativas que para una comunidad resultan de la inexistencia de un sistema de atención sanitaria suficiente que no procure un nivel de salud colectiva decente. En último lugar, Dworkin afirma que su propuesta de atención sanitaria, "...no permite que los beneficiarios sustituyan los tratamientos por dinero"¹¹.

LA RESPONSABILIDAD COMO CRITERIO DE ASIGNACIÓN

De todo lo anteriormente expuesto resulta destacable el papel central que la responsabilidad individual juega a la hora tanto de justificar el sistema sanitario público, como de concebir su extensión o alcance. Dicho sistema es, en primer lugar, el resultado de aunar esfuerzos que traducen las libres decisiones individuales. De otra parte, las opciones de restricción en la cartera de servicios tomadas por la autoridad sanitaria responden a la idea de que las prestaciones no incluidas son el resultado del solapamiento entre los servicios que individuos responsables no habrían querido cubrir en un sistema de aseguramiento privado.

La cuestión más acuciante y polémica, sin embargo, atañe al ámbito "microdistributivo": a la hora de la asignación de un recurso escaso, ya producido y disponible -un medicamento, un tratamiento, un órgano- ¿puede la irresponsabilidad ser un factor relevante para decidir entre los pacientes? Aquí, a su vez, cabría distinguir entre una irresponsabilidad individual *ex ante* o *pro futuro*. En el primer caso podemos estar ante supuestos "fá-

ciles" desde el punto de vista moral. Se trata de casos en los que se ha contraído una enfermedad ligada a un "estilo de vida", sin que en su momento se conociera con un grado de probabilidad suficiente la vinculación entre dicha patología y los hábitos seguidos, y, por tanto, cuando no había posibilidad de advertir al individuo de las perniciosas consecuencias de su actitud y de las eventuales pretericiones en cuanto a su tratamiento o atención sanitaria. Es el caso del viejo fumador a quien, si ahora se relegara o rechazara a la hora de someterle a un tratamiento de quimioterapia para paliar un cáncer de pulmón, se le estaría sencillamente "castigando" sin justificación, pues el individuo nunca podría haber hecho nada conscientemente por evitar su mal. Piénsese, en el caso más extremo, en las conductas de riesgo de homosexuales o heroinómanos producidas antes de que se conociera el mecanismo de contagio del SIDA o el propio virus.

Algunas de esas discriminaciones se hacen por una estimación técnica y, por tanto, son sólo aparentemente una retribución sorpresiva por un estilo de vida equivocado. Así ocurre cuando cabe trasplantar un hígado a un alcohólico, frente a quien no sufre de alcoholismo. El juicio puramente clínico probablemente inclina la balanza a favor del abstemio por ser mayor la "efectividad" del trasplante, dada, por ejemplo, la alta tasa de recidivas entre los alcohólicos¹². En todo caso, esas valoraciones pueden presuponer un carácter y actitudes incorregibles, lo cual es, obviamente, mucho presuponer. Si estamos ante un supuesto de falta de comunicación previa al individuo sobre las consecuencias de sus hábitos o, más todavía, en un caso de desconocimiento sobre la relación de causalidad entre ese estilo de vida y la enfermedad, parece que las elecciones del pasado no deben ser tomadas como un criterio para la asignación, incluso si el hecho de haber sido alcohólico -pongamos- redundaría en una tasa menor de supervivencia tras el trasplante. Y es que si ese fuera el parámetro decisivo, también tendríamos que situar al final de la cola a quienes son, sencillamente, más viejos¹³.

Que finalmente el hígado fuera a parar al bebedor -siempre que clínicamente sea plausible¹⁴- puede ser concebido como una suerte de "segunda oportunidad" (o primera según los casos) que, desde el punto de vista de la justicia distributiva, habría de ir acompañada de un compromiso firme por parte del paciente de modificar su comportamiento. De otro modo estaríamos desperdiciando un bien escaso y, por ello, sacrificando injustamente las legítimas expectativas del resto de potenciales beneficiarios de dicho recurso, así como el esfuerzo colectivo en el marco de un sistema universal. Por tanto, no sería sino un ejercicio de equidad el dar *mayor prioridad* para el trasplante a quienes han contraído patologías hepáticas no vinculadas al alcoholismo, frente a quienes fueron advertidos de la necesidad de la abstinencia y finalmente han desarrollado una cirrosis asociada a la ingesta de alcohol y requieren un trasplante. Sería injusto mantener en esos casos la política de dar el órgano al primero que llegue¹⁵. Por otro lado, si damos entrada al factor de la responsabilidad a la hora de distribuir recursos sanitarios, sólo metafóricamente se podría predicar la existencia, en general, de un derecho moral al tratamiento médico, poseído universalmente y sin restricciones por todos los individuos¹⁶.

Un planteamiento de este tipo, que atribuye peso a la responsabilidad individual en las decisiones microasignativas sin que ello suponga la penalización por sorpresa del paciente, justificaría la actitud del Doctor Weaver en el caso de Brenda Payton con el que iniciaba estas páginas¹⁷. Esta conclusión se ensombrece, sin embargo, si consideramos que el

alcoholismo o los comportamientos de Brenda Payton o Michael Brown, o, en general, todas las conductas, son el fruto de causas sobre las que el individuo no tiene control, es decir, son enfermedades. Negar tratamiento a estos pacientes, o desplazarlos en las listas de espera, serían supuestos de odiosa discriminación por enfermedad, concretamente por enfermedad psíquica¹⁸. Ciertamente, un paciente tan diletante e indómito como revelaron ser los anteriores, es muy probablemente un individuo que sufre de un trastorno psíquico importante. No es un enfermo que deliberada, independiente y racionalmente -al menos desde el punto de vista de la racionalidad instrumental- rechaza una intervención terapéutica. La mejor prueba de ello es que tan pronto como le es denegado el tratamiento por no cumplir con las prescripciones facultativas, acude en amparo a los tribunales. Ni Payton ni Brown quieren morir, ni sufrir, o al menos no lo quieren en sus momentos de lucidez. Probablemente el sistema no puede dejarles absolutamente en la estacada, como resolvieron los jueces en su día, aunque la coherencia dictaría que, comprobada la enfermedad mental, el Estado debe ejercer sobre ellos un mayor paternalismo y suplir su falta de competencia con todas las consecuencias, incluyendo el ingreso en una institución psiquiátrica donde de manera coactiva se pueda imponer el hábito de vida que hace eficaz el tratamiento de hemodiálisis. Es lo mismo que tendríamos que hacer frente al que podríamos denominar "suicida frustrado recurrente". Cuando, como antes se señalaba, la relevancia de la responsabilidad individual se cifra en dar una segunda oportunidad al paciente, salvamos la posible contradicción entre no admitir como candidato a trasplante a un alcohólico y dar en todo caso asistencia al suicida frustrado. Así será la primera vez como *desideratum* del principio de no "castigar" sorpresivamente, y si nos resulta muy contraintuitivo que el sistema de protección de la salud pueda dejar morir a quien ya en su día fue salvado (y advertido), la respuesta coherente será entonces la de considerar al suicida frustrado y recurrente incapaz para su autogobierno. En todo caso, al médico en particular le ha de asistir el derecho de no tratar a un paciente en rebeldía permanente.

Pero si, como sugeríamos antes, nos resistimos a dar juego a la responsabilidad individual para asignar recursos sanitarios escasos al amparo de que, en definitiva, todas las conductas son condicionadas, y, por tanto, la voluntad del sujeto es una quimera, el Estado no sólo debería prescindir del dato de cuán responsables han sido los individuos a la hora de asignar la asistencia sanitaria, sino que haría una cierta dejación de funciones si permitiera que aquellos mantuvieran sus equivocados, "por insalubres o arriesgados", planes de vida. En definitiva, como se apuntaba antes, los poderes públicos habrían de ejercer sobre los individuos un paternalismo mucho más severo, con la erosión que ello supondría en el ideal de la libertad personal¹⁹. Y es que una cosa es que la responsabilidad no sea un "hecho bruto", es decir, que su adscripción sea una tarea dependiente de valoraciones, convenciones etc., o que sea difícil aislar el factor causalmente determinante de la enfermedad (el hecho de ser obeso o fumador puede ser causado por los orígenes sociales, la genética, condicionantes que van más allá de la libre elección), y otra cosa es que por la existencia de dichas dificultades intrínsecas a la predicación de la responsabilidad debamos concluir que *nadie es realmente responsable*²⁰.

Una vía intermedia que, siendo atenta al binomio libertad-responsabilidad, no cierra los ojos ante el hecho evidente de que muchos estilos de vida no son realmente *tan elegidos*, es la que ha explorado el economista John Roemer. Su idea es modular la respon-

sabilidad individual en función del grupo en el que el individuo se inserta, grupo a su vez configurado por todos aquellos rasgos que tienen incidencia en la adquisición de un hábito dañino para la salud. De esa manera, y no de otra, nos indica Roemer, se rinde tributo auténtico a la igualdad de oportunidades. Así, si a la hora de ser fumador, son factores determinantes la clase económica, la etnia, el hecho de que los padres fumaran o no y el nivel educativo adquirido, y, suponiendo que las probabilidades de padecer cáncer de pulmón aumentan con el número de años que una persona fuma, a la hora de decidir la compensación social que una persona debe recibir han de tenerse en cuenta los años de fumador típicamente asociables a cada grupo, y no así los de ese individuo. De esa forma se tamiza la culpabilidad, una culpabilidad que nunca es plenamente del sujeto. En el propio ejemplo usado por Roemer, el trabajador del metal negro de 60 años típicamente habrá fumado durante 30 años, lo cual -pongamos- equivale a 8 años de fumador para un profesor universitario blanco. Ambos estarían pues igualmente legitimados para obtener una misma asistencia sanitaria, pues ambos han ejercido un comparable grado de responsabilidad a la hora de fumar, aunque finalmente uno haya fumado mucho más y, por tanto, haya minado mucho más su salud y precise, por ello, de más recursos. O dicho de otro modo, si la sociedad decide pagar todos los costes sanitarios del profesor medio que contrae cáncer de pulmón, también ha de hacerlo con el trabajador del metal típico, siendo el resultado final que éstos obtendrán más de la tarta sanitaria²¹.

El planteamiento de Roemer es una propuesta interesante aunque susceptible de ser objetada en dos frentes distintos. En primer lugar, cabe apelar a las dificultades asociadas a la determinación del elenco de condicionantes del comportamiento que nos permite clasificar a los individuos; se trata ciertamente de un escollo serio, aunque no insuperable. Uno pensaría que esta es una cuestión puramente estadística, pero sorprendentemente Roemer nos advierte de su naturaleza política y socialmente contingente: será la moral dominante en cada sociedad la que habremos de considerar fuente de los factores determinantes. Ello implica renunciar a una caracterización científica (todo lo científica que pueda ser) de las causas de hábitos no saludables, causas entre las que obviamente se encuentran los factores socioeconómicos. Pero además -y esta sería la segunda objeción esgrimible- con ello se despoja al ideal de la igualdad de oportunidades de su vocación universalista. La dimensión y alcance de dicho ideal -nos previene Roemer- diferirá en países como Suecia o Estados Unidos, pues en este último, frente al primero, impera una moral muy individualista. Una meta como la igualdad de oportunidades, entendida como una especificación del valor moral de la igualdad, pertenece al ámbito de la moral crítica, siendo así que su configuración no puede ser el resultado de la moral positiva contingentemente preponderante en un tiempo y lugar determinados.

Otro argumento típicamente esbozado para oponerse a dar entrada a las actitudes y acciones irresponsables de los individuos, a la hora de la microasignación de la asistencia sanitaria, tiene que ver también con el problema del "trazo de la frontera", una dificultad genérica que se presenta en muchos dominios de la discusión moral. La idea es presentada muy persuasivamente por Wikler: "Una mujer que retrasa su maternidad hasta acabar su formación universitaria corre un mayor riesgo de padecer cáncer de cérvix. Cualquier mujer gestante debe asumir los peligros que implica este proceso natural. Una

persona que escoge una ocupación con altas dosis de estrés, o vive en una ciudad con altos niveles de contaminación, también pone en peligro su salud. ¿Por qué estas elecciones, y muchas otras, no son igualmente consideradas injustas por trasladar a los demás la carga de pagar el tratamiento médico que se precisará cuando el comportamiento genere la enfermedad?"²². El caso de la procreación resulta particularmente interesante porque nos coloca bajo la desagradable sospecha de que detrás de la atribución de responsabilidad a los individuos habita no ya la lógica consecuencia de tomarnos en serio su libertad, y por ende de no tratarles sino como adultos que habrán de asumir las consecuencias de sus planes de vida, sino la imposición de estilos de vida que, desde *un* punto de vista, controvertible por lo demás, son virtuosos frente a otros que no lo son (verbigracia, ser padres frente a ser fumadores). Como he señalado antes, tal justificación perfeccionista no puede ser la que esté operando en la microasignación o macroasignación de la protección de la salud. Si estamos dispuestos a asumir los costes sanitarios asociados a la reproducción, tal vez la razón sea que con la perpetuación de la especie se generan beneficios colectivos indirectos. En todo caso, no puede descartarse de antemano que, por las mismas razones a las que vengo aludiendo, las consecuencias de decisiones procreativas irresponsables -un número de hijos que no se puede asumir, o la deliberada procreación de seres humanos con terribles enfermedades habiendo otras alternativas disponibles como la adopción o la implantación de embriones más sanos- no deban ser arrostradas por la sociedad en su conjunto. Es cierto, finalmente, que no es fácil discriminar con nitidez entre estilos de vida arriesgados; delimitar exhaustivamente el catálogo de los mismos, y establecer con precisión la relación de causalidad entre el hábito y la enfermedad. Que todo ello sea difícil no significa, empero, que para algunos tipos de conducta no podamos ya ponernos manos a la obra en la advertencia, a quienes se plantean abrazar esos modos de vida, de su eventual desplazamiento de los beneficios del sistema sanitario público, mientras seguimos investigando sobre otras posibles conductas y efectos de las mismas de las que también habríamos de hacer conscientes a los individuos.

Una última consideración sobre la que es necesario advertir en relación con la mayor carga que habrían de soportar quienes incurren en actividades o estilos de vida que generan una mayor detracción de recursos sanitarios, es que dichos pacientes, en algunos casos, ya vienen sufragando esos sobrecostes en la forma de impuestos especiales. Es el caso, paradigmáticamente, de los fumadores. En tales supuestos, su preterición en la asignación de asistencia sanitaria supondría una suerte de "doble imposición" o "castigo añadido" que, desde la perspectiva que aquí se defiende, no estaría justificado. Es más, el co-pago en el que los individuos incurren cuando soportan impuestos especiales en el consumo de productos y servicios que se consideran incompatibles con la protección de la salud, y por ello gravosos para el sistema sanitario público, es probablemente la expresión más refinada de una justa distribución de los recursos sanitarios, pues es la manera de hacer a los individuos responsables de sus elecciones, pero no así de las consecuencias de las mismas²³, evitándonos con ello el indigerible sapo de tener que negar asistencia médica de urgencia a quienes, como Brenda Payton o Michael Brown, se colocan en una situación de inminente pérdida de su vida o de grave menoscabo a su integridad física, cuando sí hay recursos disponibles para, al menos por el momento, restablecer su estado de salud.

CONCLUSIONES

En este artículo he tratado de defender que, desde el punto de vista moral, la responsabilidad individual juega un importante papel en la justificación de un sistema de cobertura sanitaria pública y en las elecciones microasignativas de los recursos sanitarios. Y ello porque la responsabilidad individual es el *desideratum* de una concepción de la justicia distributiva que presupone el valor del autogobierno de los individuos. Precisamente porque rendimos tributo a la libertad debemos hacer a los sujetos responsables de sus elecciones. La justificación para hacer de la responsabilidad un factor condicionante o limitativo del derecho a la asistencia sanitaria no sería, por tanto, de carácter perfeccionista, pues no se persigue que en la sociedad los individuos sean más saludables. Ese, si acaso, es estimado como un beneficio colateral.

En ese sentido, y aunque con una cierta modulación, un sistema sanitario público puede legítimamente desplazar de la asignación de sus recursos a quienes tras haber sido advertidos, y no siendo considerables como incompetentes, han persistido en su decisión de desarrollar planes de vida que ponen en peligro la propia salud o integridad física. Dentro del elenco de posibles medidas que los poderes públicos sanitarios pueden articular para hacer a la responsabilidad individual un criterio operativo en la justicia distributiva sanitaria, me he decantado por los llamados "sistemas de co-pago", mediante los cuales hay un gravamen con carácter finalista (aportar fondos al sistema sanitario) sobre las actividades o bienes consumidos que incrementan la probabilidad de padecer menoscabos a la salud, enfermedades que el Estado se ha comprometido a remediar universalmente. Parafraseando el lema que ha hecho fortuna en el ámbito de la protección medioambiental, de lo que se trata, en definitiva, es de que "quien se contamina, pague".

NOTAS

1. Esta es la cuestión a la que se tuvo que enfrentar la Corte de Apelaciones de California en 1982 (véase *Payton vs. Weaver*, 131 Cal.App.3d 38). Su respuesta fue, en síntesis, la de considerar que el Dr. Weaver había cumplido fielmente con sus obligaciones deontológicas y legales a la vista del comportamiento de Brenda, y que el hospital podía razonablemente rechazar los tratamientos a Brenda como paciente de urgencias. En todo caso, el tribunal se plantea qué hacer con la paciente. Las posibilidades que atisba pivotan en torno a una declaración de incapacidad más o menos atemperada o un internamiento psiquiátrico. Mientras tanto se ordena que, hasta tanto se concluya con una decisión definitiva, el Dr. Weaver y el hospital sigan tratándola.
2. *Tragic Choices*. Nueva York-Londres: Norton & Company, 1978.
3. Véase López Casanovas G. El papel del seguro sanitario y de la medicina privada en los sistemas públicos de salud. *Humanitas Humanidades Médicas, Tema del mes on-line* nº 14, abril 2007, pp. 1-18 (en <http://www.fundacionmhm.org/tema0714/revista.html>).
4. Se trata del conocido experimento mental de la "posición original" sobre el que Rawls construyó su *Teoría de la Justicia* publicada en 1971. En 1993, en lo que podría considerarse su revisión a la misma, publica *Political Liberalism* (hay traducción española de Toni Doménech, *Liberalismo político*, Barcelona: Crítica, 1996).
5. Dworkin considera que hay una justa distribución de la propiedad cuando los recursos que controlan los individuos son iguales en sus "costes de oportunidad", es decir, en el valor que tendrían en manos

- de otras personas; véase *Sovereign Virtue. The Theory and Practice of Equality*. Cambridge (Mass.)-Londres: Harvard University Press, 2000.
6. Se trata del llamado principio o deber "de rescate" formulado por Albert Jonsen; véase Bentham in a Box: technology assessment and health care allocation. *National Forum* 1989; 69 (4): 33-35. Como oportunamente ha señalado Scott Yoder, el énfasis que últimamente se pone sobre la responsabilidad de cada cual por su salud, y el impacto que ello deba tener sobre la justicia distributiva sanitaria, se debe a los costes exponencialmente crecientes de los sistemas sanitarios; véase Individual Responsibility for Health. Decision Not Discovery. *Hastings Center Rep* 2002 march-april; 32 (2): 22-31, p. 27.
 7. Dworkin R. Justice in the Distribution of Health Care. *McGill Law Journal* 1993; 38 (4): 883-898, pp. 888-889.
 8. Así, Rakowski E. *Equal Justice*. Oxford: Clarendon Press, 1991; 74-75, 79.
 9. La razón es que, de otro modo, no habría forma de organizar una institución encargada de prestar universalmente la asistencia sanitaria.
 10. Véase Justice and Health Care: Can Dworkin Justify Universal Access? En: Burley J (ed). *Dworkin and his Critics: with Replies by Dworkin*. Oxford: Blackwell Publishing, 2004; 142, 144-145.
 11. *Ibidem*, 2004, pp. 360-361.
 12. En esa línea, K. Stell, Lance. The Noncompliant Substance Abuser (Commentary). *Hastings Center Rep* 1991; 21 (2): 31-32. Por otro lado, y como nos recuerda pertinentemente Matthew Shiu, en el caso de los fumadores, el no-tratamiento (por ejemplo una cirugía coronaria) a quien fue irresponsable por fumar puede redundar en mayores costes, con lo que la justificación de la denegación por el estilo de vida llevado basado en el coste resultaría contraproducente; véase Refusing to treat smokers is unethical and a dangerous precedent. *BMJ* 1993; 306: 1048-1049.
 13. Y tal vez haya que hacerlo, como sostuvo Alan Williams a partir del argumento denominado "fair innings". Pero entonces no es la irresponsabilidad el factor decisivo, sino el tiempo por vivir medido en términos relativos con respecto a otros pacientes.
 14. Parece que lo es tal y como en un ya antiguo trabajo constataban Alvin H. Moss y Mark Siegler (Should Alcoholics Compete Equally for Liver Transplantation? *JAMA* 1991, march 13; 265 (10): 1295-1298, p. 1295).
 15. Así, Moss y Siegler, op. cit., pp. 1296-1298. De la opinión radicalmente contraria son Carl Cohen et. al. Alcoholics and Liver Transplantation. *JAMA* 1991, march 13; 265 (10): 1299-1301.
 16. Así, Wikler D. Personal Responsibility for Illness. En: Van DeVeer D y Regan T (eds). *Health Care Ethics. An Introduction*. Philadelphia: Temple University Press, 1987; 326-358, 330-331, 337.
 17. Lo mismo que en el muy semejante caso de Michael Brown, también enfermo renal sometido a hemodiálisis, que tuvo que resolver un juzgado de Mississippi en 1987 (la decisión es *Brown vs. Bower*, Nº J86-0759 (B) SD Miss 21 de diciembre de 1987). He tomado la referencia del caso de Orentlicher D. Denying Treatment to the Noncompliant Patient. *JAMA* 1991, march 27; 265 (12): 1579-1582.
 18. En ese sentido, Orentlicher, op. cit., p. 1580.
 19. En un tenor crítico semejante frente a dicho paternalismo del Estado en el ámbito de la salud, se ha manifestado Marina Gascón Abellán en esta misma publicación; véase "¿Puede el Estado adoptar medidas paternalistas en el ámbito de la protección de la salud?". *Humanitas Humanidades médicas, Tema del mes on-line* nº 20, octubre de 2007. (www.fundacionmhm.org/revista.html).
 20. Ese es el deslizamiento en el que incurre, por ejemplo, Scott D. Yoder, op. cit., pp. 23, 28. También en esa línea Underwood MJ y Bailey JS. Should smokers be offered coronary bypass surgery? *BMJ* 1993; 306 (17): 1047-1048.

21. Véase Roemer J. Equality and Responsibility. *Boston Review* 1995 april-may; XX (2). (disponible en www.bostonreview.net/BR20.2/roemer.html).
22. Wikler, op. cit., pp. 342-343. De la misma idea participa Harris J. Could We Hold People Responsible for Their Own Adverse Health? *J Contemp Health Law Policy* 1995; 12: 147-153, p. 151.
23. Cappelen AW y Norheim OF. Responsibility in health care: A liberal egalitarian approach. *J Med Ethics* 2005; 31: 476-480, p. 478.