

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white sans-serif font on a solid blue rectangular background.

¿Qué es eso de Justicia Sanitaria? [What is that Health Justice?]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository.
More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Rodríguez del Pozo,Pablo
Publisher	Universidad El Bosque
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-09-24 17:51:21
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/215587

¿QUÉ ES ESO DE LA JUSTICIA SANITARIA?

Pablo Rodríguez del Pozo

Consultor del Programa Regional de Bioética, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN

La influencia de la reflexión filosófica y moral sobre la Medicina, su ejercicio y sus fines, a través de la Bioética ha reconfigurado, en muchos aspectos, la práctica médica. Ella ha entrado en los hospitales, en los consultorios, en los centros de investigación. A la ética clínica y de la investigación se les deben logros bastante impresionantes en materia de *principios* (No maleficencia, Beneficencia, Autonomía, Justicia.), *método* (procedimientos de decisión), *legislación* (derechos de los pacientes) e *instituciones* (comités de ética), como señala D. Rothman. Sin embargo, en materia de justicia sanitaria, la práctica no parece haber sido permeada de manera equivalente por la Filosofía. Parece haber un abismo entre filósofos o teóricos, por un lado, y administradores, economistas y sanitaristas, por el otro.

Unos y otros parecen ignorarse recíprocamente, cuando no despreciarse mutuamente. Unos y otros insisten en utilizar los conceptos y métodos de su propio compartimiento estando: la ética aplicada y la Filosofía; la Economía y el sanitarismo. Igualmente, a unos y otros los empobrece esta ignorancia recíproca. En los cursos destinados a la formación de bioéticos, este sesgo parece mantenerse, o inclusive ahondarse. No se encuentran en este tipo de programas un número de horas destinado a la formación sistemática en economía (general y de la salud), o sobre administración sanitaria. Y estos conocimientos son críticos, previos a cualquier juicio de valor sobre los sistemas de salud y a cualquier teoría de la justicia, si se pretende que ésta sea algo más que un ejercicio en el vacío.

Pero sería injusto no recordar aquí que esta disociación ha sido objeto de preocupación y esfuerzos por parte, algunos funcionarios y académicos. Entre ellos debe de citarse al Dr. Julio Montt, Director del Programa Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud y, cómo no, al Dr. Jaime Escobar, rector de la Universidad El Bosque. El programa de este Seminario es una prueba convincente de sus inquietudes.

En ética clínica existen al menos dos apotegmas sencillos y de sentido común: (1) que las buenas intenciones no siempre conducen a buenas acciones; y (2) que para el juicio y la decisión moral es indispensable conocer perfectamente los *hechos* involucrados; conocimiento éste que, si pretende ser veraz, deberá ser corroborable y corroborado a través de un método apropiado, desapasionado y libre de prejuicios. Científico, en suma. Pero estas máximas suelen ser olvidadas en la reflexión moral sobre distribución de recursos.

En las páginas que siguen se intentará hablar de justicia sanitaria desde un enfoque más integrador, tratando de superar la deformación profesional de los bioéticos. No se pretenderá responder a la pregunta sobre qué es la justicia sanitaria. No. Sencillamente se tratará de aportar

algunos materiales para construir una teoría realista de la justicia sanitaria; todo ello de manera muy incipiente y provisoria. Llegar a una teoría válida y —sobre todo— realizable, es tarea de como mínimo una generación. Ojalá estas páginas lleven a alguien a pensar que la tarea está ya iniciada, o —al menos— a punto de iniciarse.

MARCO GENERAL

Al hablar de justicia sanitaria se partirá del supuesto —válido— de que existe un derecho a la asistencia sanitaria en sentido pleno, esto es, expresado en una norma jurídica válida. En Colombia, por ejemplo, en la Ley 100, que será objeto de debate en este mismo Seminario. Pero la sólo existencia de una ley no garantiza la materialización del derecho. De allí, que deba pensarse en cuáles serán los contenidos justos y los límites también justos de ese derecho. Debe pensarse, en otros términos, en una distribución de la asistencia sanitaria que sea compatible con el igual derecho que cada individuo tendría a ella.

Una teoría distributiva de asistencia sanitaria que pretenda establecer los contenidos y límites de la prestación que exige el derecho debería fundarse en:

- (a) Una teoría de la necesidad asistencial, basada en su significación para la salud en el marco de una sociedad, en el concepto de salud y en la estructura de la demanda asistencial, construida ésta sobre las expectativas de los individuos y los intereses y pareceres de los prestadores; y
- (b) una caracterización de los contenidos y límites de la asistencia sanitaria debida como prestación individualizada, según su compatibilidad con los derechos de todos, ya en cuanto a la asistencia misma, ya con relación a otros intereses.

Ambos puntos serán tratados enseguida.

TEORÍA DE LA NECESIDAD ASISTENCIAL

Cuando la salud era definida como la ausencia de signos y síntomas de enfermedad, y cuando la medicina era poco eficaz; cuando la casi totalidad de las prácticas asistenciales podían ser realizadas por el médico y con el instrumental que cupiera en su maletín, el problema de definir las necesidades asistenciales ni siquiera se planteaba. La razón era que todas las posibilidades de la ciencia, del arte y de la técnica quedaban muy por debajo de la satisfacción real de tan siquiera las necesidades más elementales.

Modernamente, sin embargo, la salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como el más completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad. A su vez, el progreso científico y técnico, juntamente con el gigantesco crecimiento de la industria de la salud, han conseguido que hoy esté disponible una gama inusitada de medios diagnósticos y terapéuticos, no sólo ya capaces de satisfacer la generalidad de las necesidades asistenciales, sino de crear nuevas necesidades, muchas de ellas espurias, y de satisfacer deseos y preferencias individuales con relación al cuerpo y a la salud, o vinculadas a la práctica asistencial profesional. Se ha provocado también una fe, a veces ciega, en las posibilidades de los medios terapéuticos individuales, olvidando que la salud no depende demasiado de ellos sino, antes bien, de los métodos poblacionales. Finalmente, la definición de necesidades asistenciales muchas veces ha escapado del campo de las determinaciones filosóficas y empíricas para convertirse en un recurso político.

Aproximarse a una respuesta a la pregunta sobre qué son necesidades asistenciales exigirá, en primer lugar, comprender la teoría causal de la salud y de la enfermedad. Posteriormente, será preciso que se delimiten las posibilidades de los servicios asistenciales en su tarea de mejorar efectivamente la salud de los individuos. Las posibilidades reales de

la asistencia sanitaria constituirán uno de los pilares científico-fácticos sobre los cuales construir un concepto de la necesidad asistencial. El otro pilar será la estructura de la demanda asistencial, generada sobre una definición demasiado amplia de salud, sobre expectativas a veces irreales en cuanto a los servicios asistenciales y sobre la inducción de la demanda por parte de los prestadores. Todo esto llevará a diferenciar el concepto de necesidad del concepto de demanda asistencial.

En suma, los elementos con que debería contar una teoría de la justicia sanitaria son:

- 1) Teoría causal de la enfermedad y de la salud.
- 2) Teoría de la asistencia sanitaria y su papel para la salud.
- 3) Teoría de la demanda asistencial, que comprenda:
 - una definición adecuada de salud y enfermedad.
 - una definición sobre el papel de las expectativas.
 - una definición sobre el papel de la demanda inducida.

La enfermedad y la salud, consecuencias de las condiciones socio-culturales y ambientales

Sócrates consideraba que la salud era fruto de un estilo de vida mesurado. Cualquier seguidor de Sócrates en este punto, podría coherentemente preguntarse si es justo (como no sea por caridad) proveer el mismo nivel de prestaciones asistenciales a todas las personas, si su salud o su enfermedad dependen de la adopción voluntaria de hábitos nocivos para la salud, o de estilos de vida saludables. Igual lo consideran hoy algunas teorías de justicia sanitaria, como la de Tristram Engelhardt (seguidor de R. Nozick), para quien existen daños injustos (los causados deliberadamente por otros) y daños o enfermedades desafortunadas, que no dependen de la culpa de nadie, más que de la del propio enfermo -si es que de alguien depende- y por lo tanto nadie tiene obligación moral de asistir a esta clase de enfermos.

Pero el desigual estado de salud y enfermedad en una población, por lo general reconoce su origen en desigualdades sociales más amplias y más profundamente enraizadas. En este sentido, dice el Informe de la Organización Mundial de la Salud correspondiente a la "Reunión sobre determinantes socio-económicos y consecuencias de la mortalidad" que tuvo lugar en México D.F., en junio de 1979:

«Las divisiones sociales configuran todas las relaciones sociales-humanas y constituyen el marco en el que se desarrollan los procesos sociales y luego biológicos que conducen a la enfermedad y la muerte. Las diferencias socio-económicas, como determinantes de morbilidad y de muerte son distintas de factores tales como el peso al nacer, el sexo, la edad, el grado de nutrición, el hábito de fumar o la calidad del agua. (...) La distribución de las clases sociales es, en sí misma, una determinación de los niveles de mortalidad (...) por lo tanto, se pueden lograr cambios en las tasas de salud y de mortalidad no sólo mediante medidas sanitarias (...) sino también a través de cambios en la estructura de clases y, en particular, mejorando las condiciones de vida de los grupos más pobres y más desheredados».

Por esta razón, el acceso a los servicios asistenciales para todos, pero a los que acudirán de hecho los menos favorecidos en materia de salud, puede llegar a ser visto como un paliativo de unas desigualdades sociales más genéricas. El problema de la justicia sanitaria no se agota, pues, con una distribución justa de los servicios para la salud o -si se prefiere- para la enfermedad. Por esta razón, centrar una teoría de justicia exclusivamente en el reparto de este tipo de servicios parece, como mínimo, empobrecedor, si no parcializado.

El papel de la asistencia sanitaria

Al hilo de lo anterior, es menester dilucidar cuál es el papel de la asistencia sanitaria en el mantenimiento de la salud de las poblaciones y

de los individuos. En la antigüedad clásica dos divinidades simbolizaban la lucha contra la enfermedad: Higeia y Asclepio. La primera de ellas era probablemente una emanación personificada de Atenea, diosa de la sabiduría y de la razón. Aunque identificada con la salud, Higeia no estaba relacionada con el tratamiento de los enfermos. Más bien su papel era el de guardiana de la salud, y simbolizaba la creencia de que los hombres pueden mantenerse sanos si viven de acuerdo con la razón. Por su parte, Asclepio, hijo de Apolo, y de quien Hipócrates era reputado descendiente, era el dios que curaba a los enfermos. En un principio el culto a Higeia era el predominante, pero a partir del siglo V a.C., cuando la Medicina se convirtió en *tekné iatriké*, se racionalizó y obtuvo sus primeros éxitos, progresivamente se fue extinguiendo para ceder su puesto a Asclepio. Desde entonces, y hasta nuestros días, el predominio de la orientación terapéutica, alimentó a lo largo de toda la historia el desarrollo de una ciencia médica más preocupada en curar que en prevenir, centrada en el individuo, más que en la población. Sin embargo, la orientación curativa de las ciencias médicas, especialmente impresionante en esta última mitad del siglo, no es la causa directa e inmediata del mejoramiento de los indicadores de salud. Antes bien, esto último está relacionado con otras causas.

En efecto, el mejoramiento de la salud de la población, está demostrado que depende fundamentalmente de factores diferentes de la atención sanitaria. Esos factores son el mejoramiento del medio ambiente, la alimentación, la vivienda, la educación y la promoción sanitaria; como se comprende, están alejados de los simples éxitos clínicos asistenciales terapéuticos. Como ya afirmaba William Beveridge (1879-1963), el autor del célebre Informe de 1949 que dio lugar a la creación del National Health System Británico: «para lograr un adecuado nivel de salud en una sociedad es necesario erradicar la ignorancia, la falta de higiene, la indigencia, el desempleo y la enfermedad, en ese orden. La erradicación de las cuatro primeras lleva a minimizar la necesidad de luchar contra la enfermedad».

Esto ha sido luego ratificado por la Organización Mundial de la Salud, en un informe conocido como "Informe Grundy-Mackintosh", de 1975. Dice, en uno de sus párrafos más elocuentes:

«La mejoría de la salud -en este siglo- le debe más a los cambios en el ambiente externo (...) no nos enfermamos por la falta de una terapia específica protectora, sino debido a que vivimos en un medio ambiente más saludable. En su preocupación por la minucia del diagnóstico y la patogénesis de la enfermedad, la medicina está en peligro de denegar lo que más acusadamente la ha provisto de su más poderoso recurso, la manipulación medioambiental».

Y como más recientemente ha dicho el profesor de la Universidad de Stanford, V.Fuchs, se ha demostrado que:

«Cuando el resto de las variables determinantes del nivel sanitario permanecen constantes, la contribución adicional de la asistencia médica es, para ese nivel sanitario, muy pequeña en las naciones modernas».

Esto significa que la asistencia sanitaria, en general, posee un alcance limitado en cuanto al mejoramiento de la salud de los individuos de una determinada población.

Para hablar de justicia sanitaria debe establecerse este primer límite: ella estará referida, en el marco de una teoría de la justicia más amplia, a todo aquello que no se consiga mediante medios más apropiados, tales como la eliminación de las grandes desigualdades sociales y la prevención de la enfermedad. En este contexto, la justicia sanitaria estará referida a las necesarias -y debidas- intervenciones *a posteriori*, una vez que la enfermedad ha hecho aparición, o una vez que se ha detectado una situación individual de riesgo.

Aquí, además de los ya vistos límites que posee la asistencia sanitaria en cuanto al mejoramiento de la salud, es preciso proseguir con al menos

dos aclaraciones. La primera se refiere al concepto de salud que se utiliza. La segunda está referida a la formación y estructura de la demanda de asistencia sanitaria, para diferenciarla de las necesidades asistenciales.

El concepto de salud

No toda exigencia de intervención médica está orientada a satisfacer una necesidad humana básica relativa a la salud, sino que puede responder a otras causas. Así, por ejemplo, no cumplen la misma misión la rehidratación de un niño que padece de diarrea estival y se halla en estado de coma, que la extirpación de un seno a una golfista profesional para que mejore su *swing*. Si hay casos extremos, como los apuntados, habrá, como se comprende, casos intermedios y zonas de penumbra en donde la satisfacción o no de una necesidad resulte difícil de discernir. Lo que se pretende decir aquí es que el concepto de enfermedad es relativamente dinámico, y depende en gran parte de las condiciones sociales en cada lugar y en cada momento. Por ello, no basta por sí solo para definir la necesidad asistencial.

La estructura de la demanda asistencial

En tanto es un bien, la asistencia sanitaria puede ser vista como surgiendo de las transacciones entre 'proveedores' y 'consumidores'. Estas transacciones serían el resultado de elecciones racionales realizadas sobre las preferencias individuales de los demandantes y los deseos de los oferentes. Desde el punto de vista de la economía clásica, existen "demandas" por contraposición a "necesidades", ya que este último sería un concepto mecánico. La demanda, en este sentido, implica autonomía de lo individual, la elección según deseos y preferencias. Sólo el esclavo tendría, en esta concepción, necesidades; el hombre libre poseería demandas ordenadas en función de sus deseos y preferencias. Según este esquema no habría, pues, necesidades, sino simplemente demandas subjetivas. En este contexto, por "demanda" deberá entenderse "la can-

tividad total de un determinado bien o servicio que el consumidor desea y puede comprar a cada precio posible durante un determinado período de tiempo”.

Pueden describirse, según esta definición, al menos dos elementos bien diferenciados, sin perjuicio de teorías más complejas, a saber: 1) los deseos o necesidades del consumidor y 2) el potencial económico de tal consumidor. En los mercados de bienes y servicios generalmente considerados, la demanda tenderá a incrementarse toda vez que tales dos elementos crezcan. Pero en materia sanitaria-asistencial, la demanda presenta algunas características especiales.

La demanda individual -personalísima- de asistencia sanitaria se derivaría de la idea de la existencia de un nivel óptimo de salud, el cual cada uno compara con su estado de salud presente. Si a resultados de tal comparación se desea alcanzar un mejor nivel de salud, la persona va en busca de atención médica. No obstante: (a) es normal que las personas realmente ignoren tanto su estado presente de salud y el estado de salud que podrían realmente alcanzar, cuanto los tratamientos disponibles y el diferente grado de eficacia de cada uno de ellos; y (b) será el médico quien tenga a su cargo establecer lo uno e informar sobre lo otro. Aquí se verán, pues, el problema del desconocimiento y el exceso de expectativas sobre las posibilidades de la medicina asistencial, y el fenómeno de la demanda inducida.

El mito de la medicina asistencial

Los logros, a veces espectaculares, de la Medicina generan en las sociedades modernas unas expectativas crecientes y una inmensa fe en la efectividad de esta ciencia. Hay una inclinación de las personas a ver la salud y la enfermedad como causalmente dependientes de los medios diagnósticos y de la medicina curativa. Los pacientes tienen expectativas irrealísticamente altas en cuanto a la capacidad de la asistencia

médica para mejorar la salud, por lo tanto, demandan servicios innecesariamente. De manera análoga, los pacientes tienden a pensar que en tanto más costoso, complicado o inclusive riesgoso o doloroso resulte un procedimiento diagnóstico o terapéutico, más efectivo será. Todo esto constituye una nueva y verdadera 'folk medicina' sobre la que no existe, sin embargo, un planteamiento paralelo en cuanto a que ella puede estar teñida de consideraciones económicas y sociales más amplias. Dicen, en este sentido, dos expertos estadounidenses:

«Una nueva folk medicina ha surgido, rivalizando con aquella de los antiguos médicos-brujos. La tecnología médica (...) es tan compleja y mitificada como la tecnología espacial. Y el paciente ha sido educado mediante todas las noticias sobre las "hazañas espaciales" de la medicina -trasplantes de corazón, diálisis renal, medicamentos maravillosos, terapia nuclear, etcétera- para esperar algún pequeño milagro en su propio caso: una nueva y prodigiosa droga u operación. Y los milagros, por su misma naturaleza no son ni explicables ni entendibles».

Se impone, pues, una tendencia al sobre-consumo y a la sobre-utilización de los bienes y los servicios médicos diagnósticos y terapéutico-asistenciales cuya razón debe buscarse en las expectativas creadas en cuanto a la efectividad de la medicina curativa, y a la fe, a veces ciega, que los pacientes depositan en ella. En fin, existe hoy un modelo asistencial que desempeña el papel una nueva folk medicina en la cual se confía ciegamente y a cuyo consumo se vuelcan masivamente los ciudadanos de las sociedades modernas.

Así, en materia de asistencia médica es imposible, pues, decir que existen limitaciones a la demanda en función de la totalidad de los deseos y preferencias de los miembros de una población. Esta situación tiende a agravarse cuando la provisión de salud está asegurada sin costo para el paciente, como ya lo advirtió Enoch Powel, ministro de Sanidad del Reino Unido entre 1962 y 1965, enunciando lo que se ha llamado

desde entonces la *ley de Powell*: Cuando un servicio es considerado 'gratuito' en su origen, su demanda se vuelve insaciable.

La demanda inducida

Pero no son solamente las expectativas de los individuos con respecto a las posibilidades de la ciencia las responsables de la disociación entre la demanda de asistencia sanitaria, por un lado, y las necesidades asistenciales, por el otro. En efecto, hay otros importantes aspectos que distinguen la formación de la demanda de asistencia sanitaria: primero, que la más importante demanda sobre el uso de recursos sanitarios proviene principalmente del proveedor clave, el médico, más que de los pacientes. Segundo, que los pacientes en muy poca medida pueden sopesar el tipo de asistencia que han recibido o están recibiendo. Tercero, que como los pacientes frecuentemente desean los servicios médicos de manera urgente, ven limitada la posibilidad de establecer comparaciones entre varios proveedores.

Es el médico quien define qué es y qué no es enfermedad, y quien determina cuál ha de ser o no ser el procedimiento diagnóstico y terapéutico a seguir; en la relación médico-paciente hay una gran desigualdad de poderes: el enfermo es un cliente débil, vulnerable y necesitado de ayuda. Está, por lo tanto, muy poco preparado para poder efectuar sus propias elecciones racionales entre diversos bienes y servicios de manera tal que maximice su satisfacción. Mal puede entonces cumplir con un cierto papel soberano, como cuando procura satisfacer cualquier otra necesidad.

El médico es el agente del paciente para tomar por él las decisiones relativas a la demanda de asistencia sanitaria. Por todo lo dicho puede afirmarse que el proveedor de asistencia, el médico, es a la vez el demandante, mucho más que el propio paciente. Resulta sumamente difícil, cuando no imposible, distinguir entre las necesidades del paciente como

demandante de bienes y servicios, y los pareceres o intereses del médico como solicitante de ellos. En el terreno de la asistencia sanitaria la demanda, pues, tiende a ser demanda inducida, que se podría definir como la solicitud por parte de los médicos de la prestación de sus propios servicios, según sus criterios, preferencias e *intereses*.

Expectativas, demandas y necesidades

De todo lo dicho sobre las expectativas de los individuos y sobre la demanda inducida se infiere que la demanda de asistencia sanitaria puede ser vista hoy, por lo general, como inmensamente mayor que las *necesidades básicas humanas* que dicha asistencia está dirigida a satisfacer.

Esto lleva a pensar que si el derecho a la asistencia sanitaria es algo diferente, como lo es, de un posible "derecho a la satisfacción de todas las expectativas, deseos, preferencias e intereses", los contenidos de la prestación asistencial deberán restringirse al campo de las necesidades básicas, y no extenderse al total de la demanda asistencial. La demanda de asistencia sanitaria es ilimitada, tanto por que la lucha contra la muerte es algo infinitamente deseable por los individuos, cuanto porque la industria médica moderna ha desarrollado medios espectaculares y a veces exitosos para prolongar la vida (aunque no ha habido, evidentemente, un desarrollo paralelo en cuanto a los medios de evitar la enfermedad), cuanto por la capacidad de los proveedores de demandar sus propios servicios. Como afirma el director del Hastings Center, D.Callahan:

«Si creemos que es obligación del sistema asistencial como un todo satisfacer todas y cada una de las "necesidades" individuales curativas, permitiendo que el deseo, la demanda, la investigación y las posibilidades científicas determinen qué cuenta como necesidad, la tarea será infructuosa y desesperanzada».