

Perspectiva Ética de la Distribución de Recursos

Introducción a la Justicia Sanitaria

Carlos Trejo Maturana

Médico Auditor del Hospital Padre Hurtado

Magíster en Bioética

Resumen

Siempre la distribución de recursos económicos tiene un componente ético. Como ética aplicada hay que situarla en su circunstancia. Por lo tanto, varía según su época histórica. En este trabajo se hace un brevísimo recorrido histórico para situarse en el hoy, en que este tema es más candente. Tema siempre abierto a la deliberación y a la racionalidad prudente y responsable.

Summary

The distribution of economic resources always has an ethical element. As applied ethics, the same must be placed according to its circumstances, which varies according to its moment in history. We present a brief historical look in order to position ourselves in the present, where the issue has taken on unsuspected importance. Ethics is always open to deliberation, as well as prudent and responsible rationality.

“Hammurabi ha venido para hacer brillar la justicia, para impedir al poderoso hacer mal a los débiles” (1700 a.C., aprox.)

- La Ética es lógica, dialógica e histórica.
- Se va dando según el horizonte cultural de cada época.
- Todo criterio de justicia que se pretenda universal será formal. Si se intenta darle materia será particular.
- En términos de justicia sanitaria –se trata de una contextualización– las respuestas tienen que ser ajustadas a la circunstancia en aproximación lo más cercana a los principios formales.
- Por tanto, existirán tantas respuestas (prácticas) como “comarcas” culturales demande la distribución de recursos.

Si se quiere analizar el problema para Chile se precisa responder múltiples preguntas: ¿Cuál es la situación sanitaria del país? ¿Cuáles son las aspiraciones de los agentes involucrados? ¿Es posible establecer una jerarquía en esas aspiraciones? ¿Cómo hemos llegado a la situación actual y cómo entonces podríamos influir para dar respuesta a los anhelos más sentidos u objetivamente más necesarios?

Los resultados a estas preguntas deberán ser comparados con otras aspiraciones tales como de educación, de recreación, etc.

Es probable que existan más preguntas o que surjan en relación a las respuestas dadas a las anteriores.

De lo que se desprende que este tema es muy complejo y por algo ha acompañado, quizás desde siempre, a los seres humanos.

En este marco conceptual se hace necesaria una escueta presentación de las principales concepciones de la justicia a través de la historia (sumarísima y por lo mismo arbitraria).

La primera referencia escrita en un código que se conoce está en el Código de Hammurabi, pero las primeras concepciones de justicia que aparecen meditadas y escritas, como casi todas las inquietudes de Occidente, surgen entre los griegos. Ellos concibieron la justicia como **proporcionalidad** dentro de su noción de la vida naturalista y ordenada. Resulta congruente que de partida aceptaran las diferencias naturales entre los hombres: los artesanos ocupan el lugar inferior; en un nivel más alto estaban los guardianes y en el más elevado los gobernantes. Platón concebía una República ordenada. Por tanto es obvio que existiera una medicina para esclavos, atendidos por esclavos: el artesano no podía recibir tratamientos prolongados o caros y sólo el ciudadano rico era merecedor de todo lo accesible a la medicina de la época. Nada nuevo bajo

el sol. La justicia aceptaba la desigualdad, porque era el ordenamiento “natural” del mundo. Y esta noción tuvo vigencia hasta la Edad Media en que perduraron tres tipos de asistencia médica.

Las ideas liberales de Locke fueron el antecedente más significativo de las grandes revoluciones –inglesa, norteamericana y francesa– que cambiaron el espectro político en Europa y en las Américas. De Rousseau y su “Contrato Social” se deriva a los Derechos del Hombre y a la afirmación de los derechos civiles y políticos. En otras palabras, se reconoce una serie de derechos que poseen los seres humanos que son anteriores al Estado y que éste deberá respetar. Para Locke, los derechos primarios, anteriores al Contrato Social, son el derecho a la vida, a la salud, a la libertad y a la propiedad. El énfasis en la libertad no sólo contribuyó a la caída de las monarquías, sino que honró la libertad, la igualdad, la dignidad del ser humano. En el orden de la política estas ideas conducen a un Estado minimalista que permite el ejercicio de los derechos humanos y a una economía del *laissez-faire*. En cuanto a la asistencia sanitaria, deriva en el establecimiento, en la práctica, de un modelo parecido al platónico: los pobres en manos de la caridad; las clases medias que debían cubrir hasta donde podían sus necesidades sanitarias; los ricos poseían los recursos suficientes para costearse lo que fuese preciso. Como dice Diego Gracia: “Según el pensamiento liberal debe entenderse por **justicia: ‘libertad contractual’**, o contrato que asegure y proteja la libertad individual. Algo completamente distinto al viejo ajustamiento natural”.

En el pensamiento liberal el ejercicio profesional debe regirse por las leyes del libre mercado.

Economistas de la categoría de Adam Smith, David Ricardo, Robert Malthus y otros elevaron el tema de la distribución de recursos a la categoría de saber científico.

En la segunda mitad del siglo XIX surgen los movimientos sociales tras la industrialización y el fortalecimiento de la nueva clase social surgida después de las revoluciones liberales: los burócratas. Ya no estaban sólo los campesinos y artesanos que se han denominado el sector primario. El mundo obrero, fruto de las industrias, constituyó el sector secundario; el terciario fue representado por este contingente de burócratas. En este panorama social emerge la segunda gran revolución, los movimientos sociales que proclaman la segunda lista de los derechos humanos: los económicos, sociales y culturales. Se origina otro criterio de justicia, **la justicia como igualdad**.

Para mitigar esta situación se habían creado instituciones de beneficencia. Desde el punto de vista moral, la obligación que justificaba a estas instituciones era el

principio de caridad, no el de justicia. Su obligatoriedad, entonces, era enclenque. En la práctica, esto se reflejaba en una financiación dificultosa, generalmente miserable.

En estos países que se industrializaban y se ampliaban las diferencias sociales, la solución de la caridad o de beneficencia era débil, por no decir un fracaso. Se comienza a pensar entonces que no era un problema de beneficencia, sino de justicia. En esos términos sólo cabe la igualdad social. Hubo respuestas utópicas, como las de Louis Blanc, y otras “científicas”, como las de Engels y Marx. Para ellos el único éxito del Estado liberal fue terminar con el Estado absolutista. La teoría de los derechos civiles y políticos no tiene sentido en una sociedad que se basa en la propiedad privada de los derechos de producción. Su lema de justicia se funda en el establecido por Blanc: “Cada uno debe aportar a la sociedad según sus capacidades y debe recibir de la sociedad según sus necesidades”. En contraposición del Estado liberal, que era minimalista, aquí surge otro que era maximalista, que controlará no sólo los medios de producción, sino que se encarga de proveer a las necesidades de todos los ciudadanos. Y es congruente que en el campo sanitario se obligue a cubrir gratuitamente toda asistencia sanitaria.

Nace otra manera de entender la justicia distributiva. Lo que debe distribuirse equitativamente son los bienes de consumo y no los bienes de producción. La salud sería en este esquema una “capacidad” y la enfermedad, una “necesidad”: por tanto, la salud sería un bien de producción y la enfermedad, un bien de consumo.

Los derechos sociales tuvieron una inmensa influencia en los sindicatos y en toda la clase obrera. En los países de tradición liberal aparecen el socialismo democrático y un Estado que promueve los derechos sociales positivos. Todo lo cual hizo realidad lo que se llamó el Estado de Bienestar y, consecuentemente, los seguros médicos.

La salud se establece como un derecho al término de la Segunda Guerra Mundial. La salud ya no podía ser sólo una cuestión privada, sino también pública y, por tanto, ser objeto de la preocupación del Estado.

Pero ¿qué ha ocurrido en esta segunda mitad del siglo?

Desde el punto de vista económico se hizo evidente que el mercado referido a la salud era un mercado imperfecto desde el momento que todo usuario del sistema quiere lo mejor para sí, además de ser un sistema de gran incertidumbre, pues nunca se sabe cuándo va a acontecer un evento. Por tanto, para minimizar los eventos siempre es necesario un tercer pagador. Sea mediante un seguro privado o público.

¿Quién y cómo debe ser ese tercer pagador? Se ha mantenido una pugna no bien resuelta.

Desde la perspectiva del usuario (palabra que hoy casi se utiliza más que enfermo o paciente y que deriva de las nuevas condiciones), se ha producido una verdadera revolución.

La década de los 70 fue convulsiva y creativa. Allí se gestó la Bioética y también surgieron los derechos de los pacientes. No era de extrañar que el avasallante desarrollo de la tecnociencia y, por ende, del poder médico en su capacidad diagnóstica, terapéutica e incluso social y política –pues la medicalización de la salud hizo que la palabra médica se constituyera en estándares de la sociedad– terminara en ensayar un mayor equilibrio de parte de los enfermos. Asimismo, se hacía más evidente el lado oscuro de la tecnociencia con sus consecuencias lesivas. La autonomía y el consentimiento informado sobresalen como principios emblemas, de tal manera que la gestión de las decisiones en salud se va trasladando del médico al paciente.

En esos mismos años, John Rawls publica su libro *Teoría de la Justicia*, que tanta influencia ha tenido en este tema hasta el presente. Es un deudor de Kant y del Contrato Social. Su postura combate el utilitarismo. Propone tres principios resultado de una estrategia intelectual, el de un “velo de ignorancia” para imaginar un conjunto de seres racionales en situación de igualdad capaces de acuerdos y de decidir imparcialmente. Para él es la imparcialidad (*fairness*) lo que define a la justicia. Rawls propone dos principios de justicia (en realidad son tres, pues el segundo tiene dos proposiciones). Estos principios son:

1. Toda persona tiene igual derecho a un régimen, plenamente suficiente de libertades básicas iguales, que sea compatible con un régimen similar de libertades para todos.

2. Las desigualdades sociales y económicas han de satisfacer dos condiciones. Primero, deben estar asociadas a cargo y posiciones a todos en condiciones de una equitativa igualdad de oportunidades; y, segundo, deben procurar el máximo de beneficios de los miembros menos aventajados de la sociedad.

Rawls les concedió a estos principios los llamados principios de libertad: el de igualdad de oportunidades y el denominado “principio de la diferencia”, un orden lexicográfico o serial, es decir, una jerarquía de ellos en la cual no es aceptable defender el segundo sin garantizar el primero y, del mismo modo, el tercero respecto al segundo. Aceptar estos principios significa, según Rawls, afirmar

una determinada idea del bien común, donde se da por supuesto el anhelo de los bienes primarios que constituyen las condiciones necesarias para que las diferentes personas lleguen a satisfacer sus variadas concepciones del bien.

Me he detenido sucintamente en la *Teoría de la Justicia* de Rawls por considerarse la más importante aparecida en este siglo y, por lo mismo, haberse constituido en un texto referencial.

¿Y qué ha sucedido con el otro importante agente de la justicia sanitaria: los médicos?

Los médicos, como todas las grandes profesiones, poseen una enorme herencia histórica y una inercia social poderosa. Les acontece igual que al sacerdocio y a los jueces. En particular, la tradición médica es formidable. Desde Hipócrates hasta nuestros días, la profesión ha conservado una estructura monárquica, paternalista, basada en los principios de beneficencia-no maleficencia, que infantilizaban al paciente y éste era un buen enfermo en tanto siguiera sumiso las prescripciones del galeno. Desde el punto de vista económico, también representaba un papel más o menos monopolístico, pues los médicos fijaban las normas de acreditación de calidad profesional. El médico es el que instruye al paciente (consumidor) sobre sus propias necesidades y le informa sobre los servicios que debe solicitar.

El desarrollo vertiginoso de la tecnociencia luego de la Segunda Guerra Mundial produjo la necesidad de la especialización. Esta segmentación del conocimiento y de la práctica clínica significó una revolución silente: la desaparición de los “patrones” de antaño, una pérdida de poder, el cual se concentraba en los jefes de servicios. El poder entre los médicos también se le concede al conocimiento, a la competencia profesional.

Y como decíamos anteriormente, los derechos del paciente, la creciente valoración del principio de autonomía, se tradujo en una mayor simetría en la relación médico-paciente. En otros términos, una democratización de ese vínculo tan peculiar. Por último, la revolución de las comunicaciones, de los medios, ha incentivado otra etapa en la democratización de la relación clínica: la participación. Aún en ciernes, pero con manifestaciones evidentes.

El panorama actual de la relación médico-paciente desde los movimientos de los derechos de los pacientes se ha ido centrando en los pacientes. Y se ha acelerado en los últimos años. La atención centrada en los pacientes está presente en todas las actividades sanitarias. El cambio de perspectiva deriva en otra situación en diversas áreas de la medicina: educación médica, investigación, evaluación de calidad, distribución de recursos.

Esta nueva disposición social pone de relieve elemen-

tos que siempre han estado presentes, pero que en esta nueva circunstancia adquiere cada vez mayor significación: la necesidad de eficiencia y la aplicación de estrictos estándares de calidad.

La limitación de recursos se hizo más evidente debido, asimismo, al progreso constante de la tecnociencia y de las posibilidades terapéuticas. También influyen fuerte las mayores aspiraciones de calidad de vida de las personas y que ahora la tecnociencia se las puede realizar.

Se ha alcanzado un punto en que las necesidades sanitarias se topan con diversas aspiraciones de alto rango, como las de educación y otras como las de recreación que en nuestra sociedad adquieren cada día una mayor jerarquía, precisamente, por el valor que se le está concediendo a la calidad de vida.

Sin embargo, debiéramos acotar que desde que Donabedian, en los inicios de 1970, invocó la perspectiva del paciente como un componente importante de calidad, se ha recorrido un interesante camino. Se han producido esfuerzos por desarrollar metodologías para mejorar la calidad en el cuidado de la salud.

Como dijo Aristóteles, hacer bien las cosas (eu pratein) es el componente fundamental de vivir bien (eu zen).

Actualmente, los distintos Estados no están dispuestos a asignar más recursos al sistema sanitario. Desde el punto de vista moral, tampoco es deseable solicitarlos si no justificamos una buena gestión de los recursos. En otros términos, entra en juego el concepto de eficiencia.

La relación entre economía y moral ha sido permanente, pero de sentimientos fluctuantes.

No deja de ser sorprendente el número de profesores de ética que han llegado a ser destacados economistas. Se pueden citar los nombres de Adam Smith, Bentham, John Stuart Mill, Henry Sidwick, Karl Marx, Keynes, etc.

Desde Aristóteles se considera que la economía se subordina a la Ética, pues ésta es una disciplina más abarcativa y se fundamenta en que la economía es un constructo de la creación humana; la ética es intrínseca del ser humano, constituye su "morada" personal.

La eficiencia tiene por objeto obtener el máximo de rendimiento. Se trata de una gestión de medios; los valores son fines. La vinculación se entiende si en los actos económicos las condiciones iniciales están de acuerdo con principios deontológicos y se dirigen a fines estimables, a valores estimados por la comunidad. Así la gestión económica adquiere su categoría ética. En estos términos la eficiencia tiene su categoría moral. En cambio, si se desvincula la gestión de los fines, se construye un sistema perverso.

El ejemplo de lo anterior se ha planteado con la llamada *manager care*, salud administrada o gestionada.

Ésta consiste, en breve, en incorporar al médico, dentro de su actividad clínica, la gestión de recursos. Lo cual no está mal; por el contrario, es tomar conciencia y hacerse responsable de las consecuencias económicas de sus actos clínicos. Sin embargo, si el sistema se plantea con incentivos dirigidos sólo al ahorro sin ligarlo a un ejercicio de calidad, se torna maligno. A la inversa, si se realiza cuidando los fundamentos validados del arte médico, no sólo es aceptable, sino que se camina a la excelencia, al "areté" de los griegos y traducidos por los latinos como "virtus".

Queda claro que en la gestión la eficiencia debe equilibrarse con la calidad, con los fines, para ser éticamente aceptable. Otra conclusión sería que la política sanitaria no se reduce a un mero mercado y que la función del médico no es primariamente la gestión de recursos.

De todo lo anterior podemos sacar conclusiones que den respuesta a algunas inquietudes planteadas al inicio.

1. Los variados sistemas de atención sanitaria y de concepciones de la justicia responden al horizonte cultural y a los anhelos de su tiempo. De allí que todo sistema debe contextualizarse para contestar adecuadamente a su comunidad. No existe un sistema, sino sistemas que se van justificando.

2. De lo anterior se desprende que tenemos que identificar una concepción ideal de la relación médico-paciente, que responda a los anhelos de médicos y usuarios. Ezequiel J. Emmanuel ha identificado seis: elección; competencia (experticia); comunicación (pragmática positiva); compasión (empatía); continuidad; no conflictos de intereses. La medicina misma debe clarificar sus fines.

3. La gestión debe realizarse de acuerdo a esos fines. En la realidad actual ya no podemos hacerlo con criterio paternalista (monárquico), sino en términos de una democracia participativa de todos los agentes involucrados.

4. Reciente es la idea de incluir la gestión de recursos en el ideal de la excelencia médica. No se podía definir la excelencia médica sólo por la beneficencia, la autonomía y dejar afuera la gestión justa o equitativa de los recursos. Ya el médico no es un mero educador, un sanador, sino también un gestor.

5. La vinculación de la economía y la medicina no es contrapuesta, sino complementaria. Ambas, subordinadas a la ética.

6. Procurar un sistema de medicina sustentable a través del tiempo.

No está mal para iniciar el trabajo de reelaborar nuestro proyecto de justicia sanitaria.