

EDITORIAL

J. Barbeito¹, M. Padrón-Nieves²

¿A QUÉ SE REFIERE LA JUSTICIA SANITARIA DE UN PAÍS?

WHAT DOES A COUNTRY'S HEALTH JUSTICE REFERS TO?

El Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia⁽¹⁾, define la “*justicia*” como una de las cuatro virtudes cardinales, que inclina a dar a cada uno lo que le corresponde o pertenece; también se dice del conjunto de todas las virtudes, por el que es bueno quien las tiene; y, finalmente, interesa recordar el significado de justicia “distributiva”: la que establece la proporción con que deben distribuirse las recompensas y los castigos que, en el ámbito sanitario, se refiere a la distribución equitativa de recursos y de gastos entre los usuarios de la sanidad, lo que genera la responsabilidad de asumirla tanto por parte de los ciudadanos como por quienes tienen competencia en distribuir equitativamente esos gastos y recursos⁽²⁾.

La justicia (del latín *iustitia*) es la concepción que cada época y civilización tiene acerca del sentido de sus normas jurídicas. Es un valor determinado como bien común por la sociedad y tiene su origen en la necesidad de mantener la armonía entre sus integrantes. Igualmente, la justicia ha sido entendida como virtud humana, que puede ser definida como el arte de hacer lo justo, y de «dar a cada uno lo suyo» (latín «*suum quique tribuere*» contenido en el *Ars Juris*)⁽²⁾. Para diversos autores la justicia no sólo consiste en dar o repartir cosas a la humanidad, sino el saber decidir a quién le pertenece esa cosa por derecho. La justicia es ética, equidad y honradez. Es la voluntad constante de dar a cada uno lo que es suyo.

Quintana⁽³⁾ plantea que ante la actual situación de crisis económica y financiera generalizada, están resultando muy afectados los sistemas públicos de salud debido a la aplicación de continuos recortes económicos, planes de austeridad y severas

reducciones del gasto en diversos capítulos del sistema sanitario. Además de las complicaciones científico-técnicas que cada vez aumentan en la sanidad, también se debe tomar en cuenta las nuevas exigencias sociales, organizativas y económicas. Este contexto afecta directamente a la ética, y en específico al principio de justicia, porque afecta la distribución equitativa de los recursos sanitarios y su gestión para que puedan cumplir con la protección de la salud de los ciudadanos.

Esta situación, no sólo afecta a Venezuela sino que puede considerarse un fenómeno en muchos países occidentales, donde la protección de la salud se generalizó como un derecho social y la asistencia sanitaria se convirtió en una prioridad de los estados del bienestar. Es por esto que, el liberalismo social y el socialismo demócrata y liberal plantearon entre sus objetivos el de justificar una efectiva protección pública de los derechos económicos y sociales entre los que destacaba la asistencia sanitaria.

Ahora bien, sucedió que las sociedades occidentales fueron incrementando los gastos sanitarios de modo acelerado y, recientemente, la crisis o “debacle” económica impactó de lleno en los gastos de la asistencia sanitaria y en el grado de cobertura ofrecido por la seguridad social (en el “aseguramiento público”). En esa situación de crisis generalizada, sólo será posible mantener el derecho a la asistencia sanitaria siempre y cuando se entienda como una exigencia ética de justicia en el contexto de un estado social de derecho basado en este principio⁽³⁾.

La revisión de la vigencia de las políticas del bienestar se ha llevado a cabo desde principios de los

Declaración de conflicto de interés de los autores: los autores declaran no tener conflicto de interés.

¹ M. Sc (st) Bioética. Especialista en Cirugía General. Profesor Escuela J. M. Vargas, UCV.
E.mail: javier.barbeito@gmail.com

² Dra. En Farmacología, Profesor Asociado Escuela Luis Razetti. Centro Nacional de Bioética (CENABI)

ochenta y vale resaltar como producto que se ha difundido la expresión de "mínimo decente" para expresar los mínimos de justicia moralmente exigibles en orden a garantizar una asistencia sanitaria básica igual para todos (junto a otros "mínimos" como el alimento, el vestido y la vivienda). Sin embargo, en paralelo, lo que estaba ocurriendo era que tales exigencias de justicia chocaban frontalmente con el crecimiento imparable de los gastos sanitarios, con la imposibilidad de contenerlos en una sociedad marcadamente consumista y, sobre todo, con la escasez de recursos y el modo de financiarlos y gestionarlos.

Así es como nació la "Economía de la Salud" en un ámbito donde el gasto sanitario venía dirigido desde sus orígenes por el compromiso profesional del médico guiado por el principio de beneficencia. La nueva "economía sanitaria" pretendía ofrecer la medida de lo moralmente justo en la distribución de los costes y beneficios producidos por los bienes en general, y, en particular, por el bien primario de la salud y la obligación "pública" de protegerlo. Ese ha sido el principal motivo por el que gestores y economistas han entrado masivamente en el sistema sanitario: para introducir la racionalidad económica en un campo donde los gastos (públicos) producidos por la obligación (pública) de proteger el derecho (universal) a la asistencia sanitaria depende de las decisiones clínicas adoptadas por los médicos como respuesta a la solicitud de sus pacientes mediante el consentimiento informado. Tal racionalidad económica no es otra cosa que la llamada "medicina gestionada", es decir, el condicionamiento explícito de las decisiones clínicas por factores económicos y por expertos en esa materia.

Esta visión permite tomar conciencia de la vinculación entre economía y ética, acreditada desde la antigüedad, ante la que no deberíamos tener recelos ni suspicacias sino por el contrario, verlo como nuevos retos para la bioética referidos a la justicia en el acceso a los servicios sanitarios, en la contención del gasto y en la distribución de los recursos ⁽³⁾.

Quintana ⁽³⁾ plantea que en un mundo cada vez más globalizado, como el actual, donde predomina el plano "macro", en este caso lo "macroético", hay muchos millones de personas que no disponen siquiera del "mínimo decente" (alimento, casa, vestido y salud) al que antes aludíamos. Carecen incluso de voz para pedirlo. No pueden siquiera hablar de "justicia sanitaria" porque, sencillamente, no tienen absolutamente nada que distribuir. Por eso es la hora de la justicia para la bioética que debe buscar que se elimine la discriminación a los otros diferentes, por sexo, color, cultura, religión, etc, y así lograr una adecuada redistribución de recursos. Este autor, señala que también es la hora de la decencia de los discursos bioéticos para que sean honestos, debidos y justos,

llenos de dignidad en sus dichos y en sus hechos, para no humillar, ni despreciar, ni ignorar, ni manipular nunca más a los otros diferentes que se están muriendo ahora mismo por injusticia.

La bioética debe superar los planos "microético" (ética de las relaciones médico-enfermo o bioética clínica) y "mesoético" (ética de las organizaciones sanitarias) y volcarse en favor de la vida de todos los que malviven... o mueren por falta del "mínimo decente" para vivir. Si la bioética no consigue dar pasos en esta dirección seguirá siendo un bello discurso o una actividad académica con mayor o menor influencia, sin ninguna trascendencia ^(3,4).

De Currea-Lugo ⁽⁵⁾ nos recuerda a Platón, en su libro *La República*, que explica el mito de la caverna que está abierta a la luz y en ella están unos hombres desde que eran niños, estaban atados de modo que sólo podían mirar hacia delante. Así, ellos no aceptarían como cierto ninguna otra cosa más que las sombras de los objetos que se proyectaban en la pared. Si uno de ellos fuera liberado y viera que hay un mundo más allá de las sombras, éste sería tomado por loco al regresar y hablar de ese otro mundo. El mercado de salud se ha convertido en la caverna del médico de hoy.

Al hombre de la caverna, cuando se le habla de justicia sanitaria, él simplemente cita una serie de mitos que cree, de sombras que ve en el muro proyectadas y que da por reales. Cuando se le dice que hay un mundo fuera donde los servicios de salud son de hecho diferentes, él contesta que no debemos ser asistencialistas, repite la frase tramposa de que no hay que preguntar que hace el país por mí sino que he hecho yo por mi país (como si yo tuviera el mismo poder que los poderosos), que todos vamos en el mismo barco (sin explicar que unos van de capitanes y otros de remeros), que privatizar es bueno porque lo dijo el Banco Mundial, que los hospitales no funcionan sólo y únicamente porque están mal administrados.

Para el hombre de la caverna no hay directores de hospitales sino gerentes, ya no hay pacientes sino clientes, ya no hay clases sociales sino sociedad civil, ya no hay pueblo sino gente, ya no hay "pobres absolutos" sino menos favorecidos, ya los números no dan cuenta de personas sino de montos de venta, ya no se dice cobertura sino nichos de mercado, ya no hay enfermedades sino (en el lenguaje de las aseguradoras) siniestros. Cuando al hombre de la caverna se le dice "autonomía médica para tratar al paciente" él oye "demanda inducida", cuando se le dice "relación médico-paciente" él oye "relación proveedor-cliente" ⁽⁵⁾.

El mito del hombre de la caverna se puede cambiar y un ejemplo, lo representa Chile donde los indicadores de salud, han progresado en las últimas décadas,

respecto de la mortalidad infantil, materna y general, llegando a cifras comparables con las de países desarrollados ⁽⁶⁾.

No hay autonomía del médico para elegir el tratamiento, no hay beneficencia, porque el mercado le dice lo que es rentable y, entonces, posible de usar. Hay maleficencia porque quien guía la terapéutica es la mano del mercado cuyo negocio no es hacer salud sino hacer dinero. El gran reto para el médico de hoy es ser ahorrador del gasto médico o ser garante de derechos, y esto muchas veces, es incompatible.

REFERENCIAS

1. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23ª edición. Madrid: Espasa. 2014.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética médica. Barcelona. Editorial Masson. 1998.
3. Quintana C. Justicia Sanitaria y Bioética. Bioética desde Asturias.2013. [consultado 05-07-2016]. Disponible en: <http://www.bioeticadesdeasturias.com/2013/05/ante-la-situacion-de-crisis-economica-y.html>
4. Duque JH. Bioética y justicia sanitaria. 2001. [consultado 21-06-2016]. Disponible en: www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/08/dique.pdf
5. De Currea-Lugo V. El médico de la caverna de Platón: la justicia sanitaria en la globalización. Universidad El Bosque. Revista Colombiana de Bioética. 2010; 5 (2): 38-52.
6. Lavados Montes C, Gajardo Ugás A. El principio de justicia y la salud en Chile. Acta Bioethica 2008; 14 (2): 206-211.