

# JUSTICIA Y SALUD PÚBLICA: ENTRE GESTIONAR LO ESCASO Y CONQUISTAR LO (IM)POSIBLE

Javier Padilla Bernáldez

**M**acondo es un país que tiene un sistema sanitario financiado con los impuestos directos e indirectos de su población. El año que viene va a recibir una partida presupuestaria procedente de la Organización Mundial de la Salud para expandir su cobertura sanitaria, para seguir dando pasos hacia la Cobertura Sanitaria Universal.

El Gobierno de Macondo tiene que decidir a qué grupo de población va a dar el derecho a asistencia sanitaria, sabiendo que una de las condiciones de la partida presupuestaria es que se incluya a un grupo completo, y no a un subgrupo de diferentes colectivos.

El Gobierno encarga a la Ministra de Salud de Macondo que tome la decisión. Esta Ministra no tiene especial interés personal por ninguno de los grupos propuestos y ninguno de ellos le haría conseguir un mayor rédito electoral; no obstante, la Ministra de Salud tiene un fuerte sentido de la justicia y quiere que la decisión tomada sea lo más justa posible. ¿A cuál de los si-

güentes colectivos tendría que elegir para que la decisión fuera lo más justa?

- Personas sin hogar: son las personas más pobres entre los tres colectivos a elegir; además, llevan bastante tiempo sin cobertura sanitaria, de forma que obtener dicha cobertura les ayudaría a tener una buena salud pero no les dotaría de un nivel de salud suficiente dado que no cuentan con la cobertura de otros servicios de protección social.
- Personas desempleadas de corta duración: se han quedado recientemente sin cobertura sanitaria y están desanimadas a causa de su situación; obtener cobertura sanitaria ayudaría a que estuvieran más felices al darles una cierta "red de seguridad". La cobertura les ayudaría, pero no se encuentran en una situación desesperada pues muchas de estas personas cuentan con algunos ahorros que poder utilizar en el caso de necesitarlo.
- Personas refugiadas de países en situación de guerra: llevan un tiempo sin cobertura sanitaria, desde que empezaron a vagar en busca de asilo; muchas de estas personas tienen enfermedades crónicas (más o menos incapacitantes) que podrían ser tratadas si tuvieran acceso a la cobertura sanitaria. La Ministra de Salud sabe que este colectivo no es tan pobre como el de las personas sin hogar.

¿Qué elección sería más justa? ¿Priorizar al colectivo más empobrecido, al que atraviesa una época de mayor infelicidad o al que tiene patologías crónicas incapacitantes? Este ejemplo, adaptación del famoso relato de Amartya Sen sobre la elección

de Annapurna<sup>1</sup>, viene a plantear cómo ante una situación concreta las respuestas que se basan en la justicia pueden diferir según cuál sea la interpretación del concepto de justicia que tengamos. En este caso, una visión utilitarista en la que la ganancia agregada de felicidad fuera el valor central que determinara la justicia de la decisión haría que la ministra se decantara por el grupo de las personas desempleadas de corta duración; por otro lado, una visión liberal *rawlsiana*<sup>2</sup> nos diría que dado que tenemos que generar una desigualdad entre estos tres colectivos, ésta debe ir encaminada a favorecer a las personas más desfavorecidas, esto es, a las personas sin hogar; por último, siguiendo el abordaje de las capacidades de Martha Nussbaum y Amartya Sen podríamos pensar que el grupo de las personas refugiadas son los que tienen una mayor capacidad para transformar el derecho de cobertura en salud y mejorar sus capacidades de forma general.

## **La salud, las desigualdades, la equidad y la justicia, ¿de qué estamos hablando?**

Las personas que se dedican al ámbito de la salud, desempeñando trabajo clínico en la elaboración de políticas, la academia univer-

---

1 El relato de "Annapurna", en el que se basa el pasaje aquí descrito, se puede encontrar en Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Editorial Planeta.

2 John Rawls (1921-2002) fue un filósofo estadounidense, profesor de filosofía política en la Universidad de Harvard y uno de los mayores referentes del liberalismo igualitario. Su obra *Teoría de la justicia* está considerada una de las más influyentes de la Historia de la Filosofía Política.

sitaria, o los movimientos sociales... tienen una cosa en común cuando hablan de salud: todas introducen en sus discursos el deseo de que el sistema sea justo y equitativo. Si todas las personas dicen lo mismo queriendo decir cosas distintas es porque el concepto de justicia es un dado con muchas caras.

Se mezclan en los discursos sobre políticas de salud tres conceptos fundamentales que están estrechamente ligados a la justicia y cuyos orígenes y significados nos ayudarán a entender la polisemia del concepto de justicia: diferencias, desigualdades e inequidades. Aunque en la actualidad los términos desigualdad e inequidad se utilizan de manera casi intercambiable, es preciso establecer algunas disimilitudes fundamentales; mientras que las "diferencias" hacen referencia exclusivamente a la distribución asimétrica de los repartos de bienes, derechos o cargas de enfermedad, las "desigualdades" analizan que esas diferencias son evitables e innecesarias, mientras que el término "inequidades" ahonda aún más en la visión política y moral de estas diferencias, interpretando que esas diferencias o desigualdades son injustas, de manera que perjudican de forma sistemática a la población más desfavorecida [1]. Esa visión de las inequidades, como una diferencia perjudicial para el funcionamiento de la sociedad y que hunde sus raíces en un modelo de organización política y económica, es la que vamos a utilizar a lo largo de este capítulo [2].

En el ámbito de la salud, la justicia toma su significado de forma frecuente como uno de los principios bioéticos fundamentales (junto con la autonomía, la beneficencia y la no maleficencia); ese es un significado de justicia vinculado al correcto uso de los recursos sanitarios y con ciertos puntos en común con la eficiencia en algunos de los discursos bioeticistas más convencionales; sin

embargo, más allá de la mirada de la bioética principialista<sup>3</sup>, la justicia cobra un papel fundamental a la hora de hablar de interpretar la distribución de derechos, recursos o cargas de enfermedad.

Son varias las teorías de la justicia que a lo largo de la Historia han planteado qué es lo justo en una sociedad a la hora de distribuir derechos, recursos..., haciendo hincapié en tres aspectos fundamentales: ¿qué es lo que se ha de repartir? ¿Entre quiénes se ha de repartir? ¿De qué manera se ha de repartir? [3] [4].

## **Del utilitarismo, colectivismos y liberalismos, las claves para entender la justicia en salud**

Las teorías de la justicia desarrolladas en el ámbito de la filosofía política tienen un correlato a la hora de interpretar los discursos presentes sobre salud y justicia. El modelo que vamos a utilizar en este libro consiste en la representación de dos ejes fundamentales: el eje de interpretación de la salud y el eje del igualitarismo, de modo que se atraviesan generando cuatro espacios discursivos en los cuales podemos identificar diferentes maneras de ver la salud, la sanidad y el papel de las personas a nivel individual y de los Estados en todo ello.

En el cuadrante de los discursos con una visión más colectivista de la salud y con una menor preocupación por el igualitarismo encontramos el utilitarismo como corriente teórica más desarrollada; en el utilitarismo aplicado a la salud se prioriza la obtención de beneficios en salud de forma agregada, sin que sea

---

3 La bioética principialista se caracteriza por basarse en cuatro principios fundamentales: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

de gran importancia su distribución [5]. De este modo, cobran gran importancia las concepciones clásicas de la eficiencia (y su posible choque con la equidad como factor cuya búsqueda disminuiría la eficiencia del sistema), no existiendo el derecho a la salud como un derecho moral de la colectividad, sino viéndose subrogado a la capacidad que esa tenga para repercutir de forma global en el bienestar total [4].

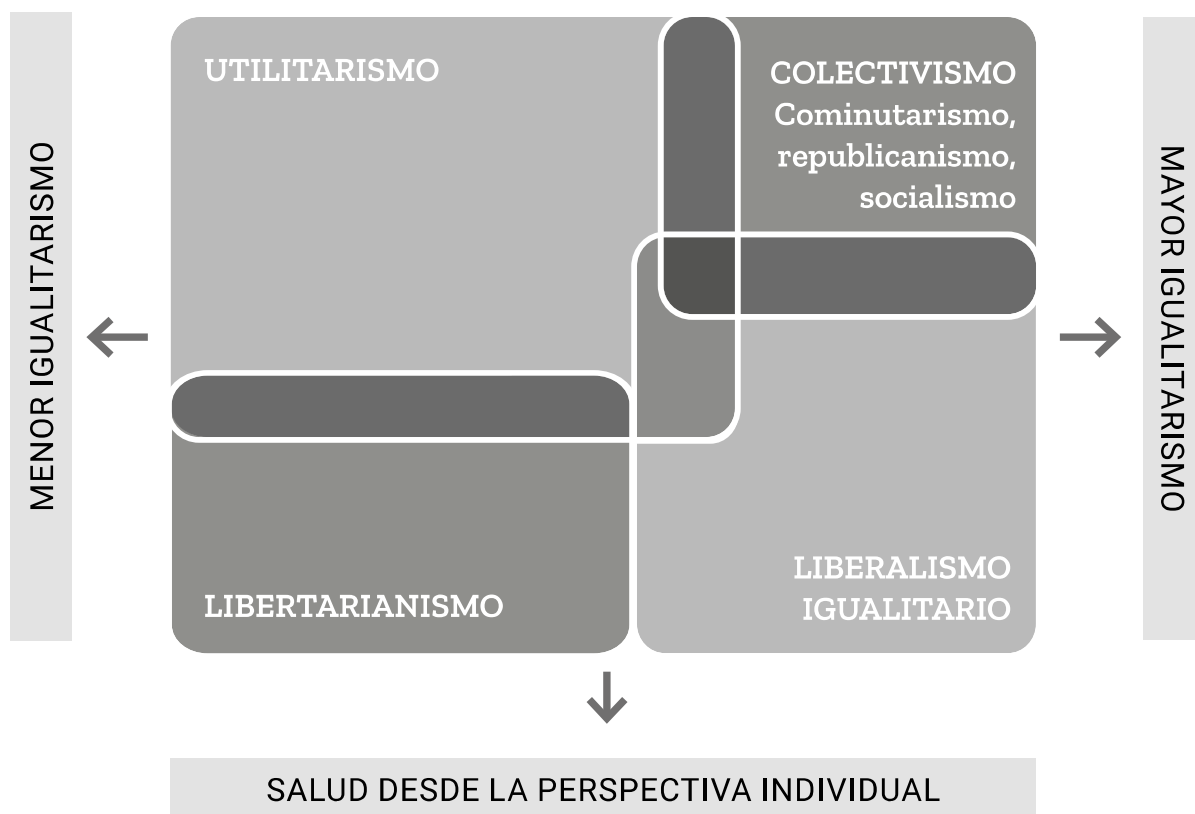


Figura 1. MARCO DE TEORÍAS DE LA JUSTICIA SEGÚN LOS EJES DE "PERSPECTIVA DE ANÁLISIS DE LA SALUD" E "IGUALITARISMO"

En los discursos con una visión más individual y menos igualitarista destacan las visiones cercanas al liberalismo no igualitario, caracterizado por una visión fuertemente individualista y la búsqueda de un Estado mínimo cuya función sea exclusivamente la de garantizar el cumplimiento de las libertades individuales [7]. En términos de salud, estos discursos niegan, mayoritariamente, la existencia de un derecho a la salud o a la asistencia sanitaria, no contemplando ninguna obligación por parte de la sociedad de sufragar la atención sanitaria a las personas que no se la puedan permitir por motivos económicos. La priorización de las libertades individuales frente a las colectivas se puede observar claramente al adentrarse en uno de los dilemas clásicos de las políticas públicas: los conflictos entre libertad individual (de movimiento transfronterizo o de mercado, por ejemplo) y la salud pública en momentos de epidemias. Esta visión fuertemente individualista, presente en los discursos del liberalismo no igualitario, se traslada a la esfera de los derechos relacionados con la autopropiedad del cuerpo<sup>4</sup> (eutanasia y aborto), que se verían apoyados por los discursos de este tipo [8] [9].

En la esfera de los discursos que priorizan de forma más importante el igualitarismo en salud, nos encontramos con dos corrientes fundamentales: el liberalismo igualitario (cuyo máximo exponente en el ámbito de la filosofía política fue John Rawls) [10] y una amalgama de corrientes colectivistas que han tenido poco desarrollo en el ámbito de la salud pero dentro de las cuales se pueden encontrar argumentos relacionados con la salud y la sanidad.

---

4 Uno de los principios fundamentales de la teoría de Robert Nozick, como expuso en su obra *Anarquía, Utopía, Estado*, junto con los principios de transferencia justa y apropiación originaria.

El liberalismo igualitario tal vez albergue las teorías de la justicia con una mayor impronta en las visiones sociales y política de la salud en la actualidad. Sus ejes principales de pensamiento incluyen a la persona a nivel individual como único agente que ostenta el derecho a la salud, mostrando una visión del derecho a la salud que empieza a introducir a los determinantes sociales de salud dentro de su conceptualización. Los abordajes más *rawlsianos*, como los presentes en los textos de Norman Daniels, hacen especial hincapié en la función del sistema sanitario como garante de una funcionalidad social que contribuya a la igualdad de oportunidades [11] [12], y en la necesidad de que las instituciones rindan cuentas hacia la población de cuáles son las decisiones que se toman y el porqué de estas. Uno de los puntos fundamentales de este grupo de teorías es que aceptan las desigualdades siempre y cuando éstas favorezcan a los más desfavorecidos, de modo que aceptarían diferencias en el aseguramiento o en la estructura de los copagos solo cuando las personas más desfavorecidas se vieran beneficiadas por estas diferencias. Dentro del liberalismo igualitario merece la pena destacar la visión aportada por el denominado "abordaje de las capacidades", encabezado por Martha Nussbaum y Amartya Sen, que hace hincapié en que para lograr una sociedad justa no basta con otorgar unos bienes primarios a las personas, sino que han de ser las capacidades de las personas para transformar los bienes ideales en realidades materiales lo que entre en la distribución que consideremos como justa o injusta.

Por último, las aportaciones realizadas por ciertas teorías de corte más colectivista quedarían principalmente encuadradas en dos aspectos fundamentales: la existencia de un derecho colectivo a la salud que excedería el derecho individual (no solo lo colectivo como suma de individualidades, sino como la conformación



de una realidad más amplia que la resultante de la agregación de sujetos únicos), la participación social en salud<sup>5</sup> como expresión de la democracia radical y la inclusión de los determinantes sociales de salud dentro de la visión de la cobertura universal en salud como forma de desbordar la cobertura sanitaria universal y hacer que se deban garantizar unos niveles dignos de acceso a unos buenos determinantes sociales de salud en materia de energía, vivienda, educación, renta...

## **Enfermedad y malos hábitos de vida, ¿de quién es la responsabilidad?**

Cuando una sociedad se plantea de qué manera ha de distribuir sus recursos de forma justa hay un aspecto que siempre acaba saliendo: ¿Cómo proteger la salud frente a eventos imprevistos sobre los cuales las personas a nivel individual no tienen responsabilidad?

La responsabilidad individual en el desarrollo de la enfermedad es un asunto fundamental para hacer análisis de decisiones como la planteada en 2016 en Italia de no financiar el tratamiento frente al cáncer de pulmón a las personas fumadoras u otras decisiones que se mueven en un ámbito argumental similar. Cada una de las teorías que hemos comentado anteriormente aporta una visión diferente para responder a la pregunta de ¿cómo de responsable

---

5 Para ahondar en el concepto de participación comunitaria en salud recomendamos acudir al siguiente artículo: Escartín Lasierra, P.; López Ruiz, V.; Ruiz-Giménez Aguilar, J. L. (2015). "La participación comunitaria en salud". *Comunidad* 17(2).

es una persona en el desarrollo de enfermedades que pueden estar relacionadas con hábitos de vida? o, simplificando la pregunta, ¿la adopción de hábitos de vida poco saludables es el resultado de una elección individual sobre la que se tiene plena responsabilidad?

Entre el determinismo social (en el cual la libertad individual quedaría abolida en virtud de una estructura social que determinaría sus elecciones) y el individualismo del liberalismo no igualitario, que defiende que es el individuo el único responsable de su situación social y de salud, y por ello no cabe ningún ajuste por parte de la sociedad en su conjunto a este respecto, podemos encontrar algún abordaje interesante que nos ayude a plantear nuevos argumentos; ese es el caso del abordaje de las capacidades (especialmente de la aproximación en salud que hace Sridha Venkatapuram en su libro *Health Justice*) [13] y de la convergencia entre agencia y estructura planteada por William Cockerham.

La visión de Venkatapuram queda bien explicada en el siguiente párrafo (tomado del libro *Health Justice*):

«Desde la perspectiva de las capacidades, los individuos se convierten en moralmente responsables de sus elecciones según sean sus capacidades, no de forma independiente a estas. Las elecciones que uno hace dependen de las opciones que uno tiene. Y, la conexión entre las elecciones personales y los resultados obtenidos solo se pueden establecer después de tener en consideración el papel causal de los condicionantes biológicos, las condiciones físicas y las sociales. Sin eso, podríamos estar haciendo plenamente responsable a la gente de decisiones de las cuales son, solamente, responsables de forma parcial».

Según esta visión de Venkatapuram, alineado con el abordaje de las capacidades de Sen y Nussbaum, la responsabilidad atribuible a nivel individual debería evaluarse dentro del marco de capacidades de éste, no siendo todas las personas igual de capaces de tomar decisiones.

A este respecto, y en la línea de Venkatapuram, Angel Puyol plantea un dilema ético [14] en la distribución de recursos y lo enmarca en cómo la visión lineal (sin tener en cuenta las capacidades individuales para la toma de decisiones en el tránsito que va desde la salud hasta el desarrollo de enfermedades, pasando por la adopción de determinados hábitos de vida y condiciones sociales) de la distribución de recursos, con una visión centrada en el punto de destino (los dispositivos sanitarios) supone una injusticia desde el punto de vista del abordaje de las capacidades:

«Hace varios meses, un hombre de 52 años ingresó de urgencias, tras varios infartos, en un hospital público, donde le diagnosticaron una grave cardiopatía crónica. Los médicos consideraron que a medio plazo sería imprescindible realizarle un trasplante de corazón para alargarle la vida. El caso no tendría mayor relevancia pública si no fuese porque, en esa ocasión, el hospital se negó a incluirle en la lista oficial de trasplantes por un motivo que aparentemente se escapaba a las disquisiciones estrictamente médicas. La razón del rechazo fue que el paciente vivía rodeado de unas condiciones sociales y laborales precarias. Sin domicilio y sin trabajo fijos, el enfermo no podía garantizar una adecuada recuperación tras el necesario trasplante. A la hora de priorizar a quién deberían ir destinados los nuevos órganos, el hospital no arguyó si la afección que padecía ese hombre era más o menos antigua o más o me-

nos grave que la de cualquier otro, ni si su organismo era o no compatible con los órganos venideros. La baja posición social y laboral centralizó el principal argumento para excluirle de la lista de prioridades. La condición de pobre y no la dolencia física que padecía fue lo que, en la práctica, le cerró las puertas de los servicios públicos».

En este empeño en integrar las libertades individuales y las influencias sociales es interesante leer a Cockerham [15], quien elabora una teoría fuertemente influida por el concepto de *habitus* de Pierre Bourdieu, e identifica cuatro categorías de variables estructurales<sup>6</sup> que proveen el contexto social donde se enmarcan la socialización y la experiencia individual, las cuales influyen las elecciones que éste realiza (agencia); este marco social, así mismo, determina las oportunidades que tendría el individuo a lo largo de su vida; oportunidades y elecciones interaccionan para conformar la "disposición para actuar" (*disposition to act* en palabras de Cockerham), que desemboca en prácticas o acciones con efectos sobre la salud, tales como el consumo de alcohol, el tabaquismo u otros comportamientos.

## Las preguntas del futuro y los futuros de preguntas

Comentábamos con anterioridad que una teoría de la justicia, para ser completa, tenía que plantear un modo de funcionamiento a tres niveles: ¿qué derechos, bienes, recursos o capacidades

---

6 Éstas serían: (I) circunstancias relacionadas con la clase social, (II) aspectos ligados a la raza, edad y el género, (III) variables del ámbito de la colectividad y (IV) condiciones de vida.

han de repartirse?, ¿entre quiénes han de repartirse? y ¿de qué modo han de hacerlo?

En la actualidad, y como consecuencia de diferentes dinámicas de interacción social surgidas en las últimas décadas, podemos observar cómo la introducción de nuevos colectivos como legítimos participantes en el reparto de derechos, bienes, recursos... plantea la necesidad de crear nuevos marcos teóricos de pensamiento para dar respuesta a esas tres preguntas (¿qué, entre quiénes y de qué modo?), sin dejar fuera a ninguna persona. Esto queda muy bien expresado por Martha Nussbaum en su libro *Las fronteras de la justicia*, en relación a la cobertura sanitaria [16]:

«... Encontramos el problema urgente de extender la justicia a todos los ciudadanos del mundo, de desarrollar un modelo teórico de un mundo justo en su totalidad, donde los accidentes de nacimiento y de origen nacional no viciaran desde el principio y en todos los sentidos las opciones vitales de las personas. En la medida en que todas las grandes teorías occidentales de la justicia social parten del Estado-nación como una unidad básica, es probable que necesitemos también nuevas estructuras teóricas para pensar de forma adecuada este problema».

Esa universalización del reparto de los derechos (a los que antes no tenían acceso, dentro del marco entonces hegemónico de justicia, ni las personas de raza negra, ni las mujeres, ni las personas sin trabajo...) implica la necesidad de remodelar la manera en la que se toman las decisiones para repartir los derechos. Una de las críticas más certeras a la actual forma de determinar qué derechos han de ser repartidos y de qué manera siempre ha venido de la mano de los movimientos feministas, los cuales han puesto en duda que modelos de representación institucional claramente

monopolizados por figuras masculinas, heteronormativas, de alta clase social y de avanzada edad puedan tener la capacidad para colmar las necesidades y reclamaciones de grupos de población cuyas voces raramente se han alzado en el ámbito de lo colectivo, sino que siempre han quedado recluidas al ámbito de lo privado.

Los movimientos de democracia radical (encuadrables dentro de nuestro cuadrante colectivista e igualitarista) abogan por la participación social como forma de responder a "¿de qué modo repartir...?" pero probablemente se encontrarán en las próximas décadas con los intentos por parte de las clases dominantes de presentar escenarios de decisión político-sanitaria altamente complejizados (mediante la vía de la tecnificación del discurso) donde la población no parezca tener lugar.

## Bibliografía

- [1] Ottersen, T.; Norheim, O. F. (2014). *WHO consultative group on equity and universal health coverage. Making fair choices on the path to universal health coverage*. Geneve: World Health Organization.
- [2] Weinstock, D. M. (2011). "How should political philosophers think of health?". *The Journal of Medicine and Philosophy* 36(4): 424-35.
- [3] Gargarella, R. (1999). *Las teorías de la justicia después de Rawls*. 1ª ed. Barcelona: Paidós.
- [4] Persad, G.; Wertheimer, A.; Emanuel, E. J. (2009). "Principles for allocation of scarce medical interventions". *The Lancet* 373: 423-31.
- [5] De León Barbero, J. L. (2004). *Utilitarismo y liberalismo. Amistad, unión y ulterior divorcio*. Capítulo I. Eleutheria.

- [6] Singer, P. (2009). "Why we must ration healthcare". *The New York Times*. 19/07/2009.
- [7] Nozick, R. (2014). *Anarquía, Estado y Utopía*. 2ª ed. INNISFREE.
- [8] Engelhardt, H. T. (1994). "Health care reform: a study in moral malfeasance". *The Journal of Medicine and Philosophy* 19(5): 501-16.
- [9] Engelhardt, T. "Salud, medicina y libertad: una evaluación crítica". *Libertad y salud*, Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols y Lucas.
- [10] Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. 1ª ed. Cambridge: Harvard University Press.
- [11] Daniels, N. (1990). "Equality of what: welfare, resources or capabilities?". *Philosophy and Phenomenological Research* 50: 273-96.
- [12] Daniels, N. (2001). "Justice, Health and Healthcare". *American Journal of Bioethics* 1(2).
- [13] Venkatapuram, S. (2011). *Health justice*. Cambridge: Polity.
- [14] Puyol, A. (2012). "Ética, equidad y determinantes sociales de la salud". *Gaceta Sanitaria* 26(2): 178-181.
- [15] Cockerham, W. C. (2005). "Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure". *Journal of Health and Social Behavior* 46: 5-67.
- [16] Nussbaum, M. (2007). *Las fronteras de la justicia: consideraciones sobre la exclusión*. Barcelona: Paidós.

