

DEL DERECHO A LA SALUD A LA ÉTICA DEL RACIONAMIENTO SANITARIO

From the right to health to the ethics of health care rationing*

ANGEL PUYOL

Universitat Autònoma de Barcelona
angel.puyol@uab.cat

Fecha de recepción: 29/05/2017

Fecha de aceptación: 14/06/2017

Anales de la Cátedra Francisco Suárez

ISSN 0008-7750, núm. 52 (2018), 43-65

RESUMEN El objetivo de este artículo es mostrar la necesidad de abordar de forma coherente los tres temas que se deben analizar en el campo de la justicia en salud. El primero remite al ámbito ético-jurídico de un supuesto derecho a la salud. El segundo es el tema de las desigualdades injustas en salud que se derivan de las desigualdades sociales y económicas. Y el tercero es el tema de la priorización o racionamiento sanitario en un contexto de recursos limitados. En el artículo, describo las principales preguntas y problemas que se suscitan en dichos ámbitos y esbozo algunas conclusiones en cada uno de ellos. También advierto de la necesidad de construir una teoría de la justicia en salud que proporcione una respuesta coherente e integradora de los tres temas.

Palabras clave: Derecho a la salud, Equidad en salud, Ética del racionamiento, Bioética, Justicia distributiva, Justicia social.

ABSTRACT The objective of this article is to show the need to address in a coherent way the three issues that must be analyzed in the field of health justice. The first one refers to the ethical-legal scope of an alleged right to health. The second one is the issue of unjust inequalities in health that derive from social and economic inequalities. And the third one is the issue of prioritization or health care rationing in a context of limited resources. In the article, I describe the main questions and problems that arise in these areas and outline some conclusions in each one of them. I also warn of the need to build a theory of justice in health that provides a coherent and integrative response to the three issues.

Key words: Right to health, Equity in health, Health care rationing, Bioethics, Distributive justice, Social justice

* Para citar/citation: Puyol, A. (2018). Del derecho a la salud a la ética del racionamiento sanitario. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez* 52, pp. 43-65.

1. INTRODUCCIÓN

La relación entre la justicia y la salud es uno de los grandes temas de la filosofía normativa de nuestra época, pero contrasta con la escasa atención que ha recibido tanto de la filosofía política como de la filosofía del derecho. En este artículo, voy a mostrar los tres aspectos que considero fundamentales para un abordaje adecuado de esta cuestión: la existencia y justificación de un derecho a la salud, la distribución justa de los determinantes sociales de la salud, y la justicia distributiva de los recursos sanitarios en un contexto de recursos limitados. Dada la amplitud de los temas y la extensión necesariamente breve de este artículo, me voy a limitar a señalar algunos de sus puntos más conflictivos.

En la primera parte, describo los textos básicos que señalan la existencia de un derecho a la salud entendido como un derecho humano y abordo las principales críticas que se le pueden dirigir desde un punto de vista teórico. En la segunda parte, introduzco en el debate la necesidad de relacionar los derechos y las teorías de la justicia con las pruebas incontables que muestra la epidemiología actual acerca de cómo las desigualdades en salud están causadas por una distribución injustamente desigual de los determinantes sociales de la salud. En la tercera parte del artículo, analizo la distribución de los recursos limitados de la sanidad y su priorización (o, mejor dicho, racionamiento) como un asunto ineludiblemente ético y político. Finalmente, en la conclusión destaco que, aunque los tres temas merecen un trato diferenciado, en realidad funcionan como tres partes de un mismo objetivo que es la justicia en la salud. Por esa razón, defendiendo que las tres partes señaladas deberían integrarse de manera coherente en una teoría de la justicia en salud.

2. EL DERECHO A LA SALUD COMO PROLEGÓMENO A TODA TEORÍA DE LA JUSTICIA SANITARIA

El artículo 25(1) de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 proclama que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Este texto inaugura las posteriores vinculaciones de la salud y la atención sanitaria a los derechos fundamentales entendidos como derechos humanos (Mann *et al.*, 1994). Desde entonces, los textos constitucionales y legales de los diferentes países han recogido con mejor o peor acierto este tipo de derecho, inspirándose en esa declaración original. No es que antes de 1948 no se hubiese planteado la salud como un derecho o una aspiración humana legítima, pero, sin duda, la Declaración Universal marca un hito dentro de la historia de los derechos y supone una fuente normativa de inspiración jurídica de primer orden en el devenir posterior de la salud como derecho.

El siguiente momento estelar de la historia de la salud como derecho humano sucede en 1966. Ante las críticas que acusaron a la formulación de 1948 de ser excesivamente vaga, el Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales¹ incluyó la formulación del derecho a la salud que más impacto ha tenido desde entonces. En su artículo 12, afirma lo siguiente:

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Esta mayor concreción no ha evitado, sin embargo, que surgieran nuevas dudas sobre la vaguedad del derecho a la salud, no solo por estar formulado en términos muy generales, sino por la idea misma de pretender garantizar la salud desde un punto de vista normativo (a través de leyes, políticas o la buena voluntad de los ciudadanos).

Así, garantizar el disfrute del más alto nivel posible de salud a todo el mundo puede ser tremendamente caro, tanto que agotaría los recursos económicos para otros servicios como la educación, el transporte, etcétera. Imaginemos que todos los enfermos del planeta deben tener el mismo acceso a la última tecnología médica. No solo es enormemente costoso proporcionar esa tecnología a todos, sino que es imposible, puesto que la última tecnología y los mejores profesionales, por ser en muchas ocasiones escasos, no estarían disponibles para todos. Como señala O'Neill (2005), la pretensión del Pacto es especialmente quimérica en los países más pobres.

Podríamos pensar que el espíritu del Pacto es que se garantice el acceso al nivel más alto de salud que sea razonable y no solo posible. Sin embargo, incluso en ese caso siguen surgiendo dudas. Así, lo que sea razonable es sus-

1. El Pacto fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966, pero no entró en vigor hasta 1976. En 2007 había sido ratificado por 157 Estados.

ceptible de controversia, sobre todo en relación a la concepción de la salud. La percepción de la salud contiene elementos objetivos, pero también subjetivos y culturales, como reconoce implícitamente la Organización Mundial de la Salud cuando sostiene que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”². Lo que cuente por “completo bienestar” es indisociable de la percepción subjetiva del enfermo y de las diferentes concepciones culturales de la salud y la enfermedad, de modo que no parece razonable alcanzar una posición única y universal sobre cómo garantizar ese “completo bienestar” a todo el mundo sin que aparezcan problemas filosóficos serios. Por ejemplo, muchas personas pueden sentir legítimamente que son discriminadas si se establece un reparto desigual de los recursos con el objetivo de atender a las diferentes concepciones del bienestar³. Otras pueden pensar que sus ideas de salud y enfermedad están siendo ignoradas si se impone una concepción única de salud y enfermedad; pensemos en las medidas sanitarias destinadas a controlar la natalidad, a regular el aborto y la contracepción o a evitar la mutilación genital femenina. Para algunas personas, el derecho a respetar las creencias culturales y morales sobre estas cuestiones debería pasar por delante del derecho a la salud.

Estas y otras polémicas dan pie a pensar que el mantenimiento de un derecho como el de la salud supone una inflación de los derechos que, en la práctica, juega en contra de la necesidad de garantizar los derechos humanos más básicos. La objeción sostiene que no todas las nobles aspiraciones humanas tienen que convertirse en derechos humanos. Por ejemplo, el derecho a disfrutar de vacaciones periódicas pagadas (artículo 24 de la Declaración Universal de Derechos Humanos) no debería tener el mismo rango ético y jurídico que el derecho a no estar sometido a esclavitud ni servidumbre (artículo 3). El derecho a la salud parecería que contribuye a

-
2. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Official Records of the World Health Organization*, N.º 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.
 3. Con el fin de evitar la discriminación que supone proporcionar menos recursos a los individuos cuyo bienestar es más barato que el de los demás, John Rawls (1978) y Ronald Dworkin (2003) han ideado teorías de la justicia basadas en la distribución igualitaria de los recursos y no del bienestar. Sin embargo, la definición de salud de la OMS, centrada en el bienestar y no en los recursos, es incompatible con las teorías *recursistas* de la justicia. El utilitarismo, en cambio, realiza una defensa *bienestarista* de la justicia, pero eso no le evita otros importantes problemas filosóficos. Para una exposición de ambas teorías y su repercusión en las políticas de salud, ver Puyol (1999).

una inflación de los derechos que acaba perjudicando al mismo objetivo de la declaración de derechos humanos.

Por otra parte, podríamos entender que el objetivo del derecho a la salud no es tanto la garantía de un nivel máximo de salud posible o de salud razonable cuanto de evitar las principales amenazas a la salud en forma de enfermedades. Esta es la tesis que mantiene Henry Shue (1996). Del mismo modo que el derecho a la libertad no consiste en lograr la garantía de un absoluto libre albedrío, sino de eliminar los principales obstáculos a la libertad de pensamiento, expresión, etcétera, el derecho a la salud consistiría en estar protegido contra las principales enfermedades y no en alcanzar toda la salud posible o razonable. No obstante, tampoco es fácil llegar a acuerdos internacionales o universales sobre lo es una amenaza a la salud, precisamente porque la salud es un concepto repleto de tintes culturales, sociales y hasta subjetivos, como ya he dicho, pero también porque las amenazas a la salud dependen de los contextos. Las amenazas de la gripe aviar, de la peste porcina o de las vacas locas, por poner ejemplos muy mediáticos en los últimos años, se han vivido de modos muy diversos (con mayor o menor alarma y preocupación) en función del país (del grado de afectación, del tipo de industria alimentaria dominante, de la dependencia económica, etcétera). El grado de amenaza del SIDA, por poner otro ejemplo, también está en función del número de casos, de la alarma social, de los medicamentos y tratamientos disponibles, de las costumbres sexuales, y hasta de los prejuicios sociales y culturales que rodean a la enfermedad.

En el año 2000, la OMS volvió sobre el asunto del derecho a la salud con un texto⁴ todavía más concreto y extenso a fin de clarificar de qué modo hay que interpretar y garantizar ese derecho. En dicho texto, se aclara que el derecho a la salud no consiste en estar sano, sino en disfrutar de los bienes y servicios necesarios para llegar a estar sano, y que la obligación de los Estados con respecto al acceso a esos bienes y servicios no es absoluta, sino que debe realizarse progresivamente, es decir, en función de los recursos disponibles. Para evitar que esa cláusula de realización progresiva se convierta de facto en la ausencia de obligación, el documento pone dos límites: 1) no se deben dar pasos atrás, es decir, el aumento de los eventuales problemas presupuestarios de un país no debe traducirse, en ningún caso,

4. OMS (2008). *El derecho a la salud*, Folleto informativo n.º 31. Este texto es el colofón a la conocida Observación General n.º 14 (2000) sobre el derecho a la salud, aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En el año 2015, la UNESCO aprueba por aclamación la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, que recoge aspectos importantes, aunque vagos, de justicia, solidaridad y responsabilidad social por la salud.

en un recorte en las prestaciones sanitarias que se ofrecían hasta la fecha (por altas o bajas que fuesen dichas prestaciones); y 2) se debe garantizar una obligación mínima básica, como es la ausencia de discriminación (especialmente para los grupos vulnerables o marginales), una buena nutrición, el acceso a una vivienda digna, al agua potable y a los medicamentos esenciales, y una distribución equitativa de los recursos sanitarios. Se trata de prestaciones básicas que incluso los países más pobres tienen la obligación de ofrecer a sus ciudadanos.

Cabe señalar que la obligación de proporcionar una atención sanitaria básica y de no disminuir las prestaciones alcanzadas en un momento dado parece contradecir la idea de una realización progresiva en la obligación de garantizar el derecho a la salud si las finanzas de un Estado decaen. Si decaen de modo importante, probablemente no se pueda mantener el nivel de prestaciones existentes, ni siquiera mantener las obligaciones básicas. En ese caso, el documento vuelve a identificar el derecho a la salud con la aspiración a que este se cumpla más que con la garantía real de que así se haga. Porque si no, ¿de qué modo la ley internacional puede obligar a un país a respetar ambas obligaciones si dicho país no dispone de los recursos necesarios para hacerlo?

Otra cuestión que el documento de la OMS deja en el aire es la obligación de los países ricos de garantizar el derecho a la salud en los países pobres cuando estos no pueden hacerlo por sí mismos. ¿Acaso los países ricos tienen también el deber de asistir a los pobres globales con el fin de garantizar el cumplimiento del derecho a la salud como un derecho humano? Esa pregunta abre otra de las cuestiones filosóficas que pone en juego el derecho a la salud como un derecho humano: ¿quién tiene exactamente el deber de cumplirlo? Onora O'Neill (2005) es muy persuasiva cuando afirma que tiene poco sentido reconocer un derecho si es materialmente imposible cumplirlo. Si no se dispone de recursos suficientes para proporcionar una atención sanitaria adecuada a un enfermo, el reconocimiento de que, a pesar de todo, ese enfermo tiene derecho a esos recursos es una ilusión. Y el lenguaje de los derechos no debería mezclarse con las ilusiones y las meras aspiraciones si no queremos devaluar su verdadera importancia, que no es otra que ejercer el poder legítimo de obligar a los deudores a cumplirlo. Siguiendo la estela kantiana, O'Neill distingue entre derechos negativos (o deberes perfectos o de primer orden), y derechos positivos (o deberes imperfectos o de segundo orden). Los primeros obligan a todos, se pueden traducir fácilmente en derechos y se pueden incorporar a los sistemas económicos y legales, mientras que los segundos no obligan específicamente a nadie, no tienen a los derechos como su contraparte y poseen un carácter más moral que jurídico, es decir, están más cerca del

mundo de las virtudes que del de la justicia (O'Neill, 1996). Para O'Neill, los deberes positivos no deberían formar parte de los derechos humanos. A lo sumo, si deseamos darles un reconocimiento institucional, debemos entenderlos como obligaciones generales. Una obligación general es aquella que se puede distribuir de manera inespecífica, por ejemplo responsabilizando de su cumplimiento a la sociedad o al mundo en su conjunto. En cambio, la obligación que subyace a un deber perfecto o de primer orden es aquella en la que podemos especificar quién es el deudor y cómo se debe cumplir con el derecho para hacerlo efectivo. En cambio, el derecho a la salud es un derecho positivo que no siempre obliga de manera específica a su cumplimiento. Pensemos en las enfermedades de origen genético, azaroso o accidental, o en enfermos de países pobres que no pueden garantizar los recursos necesarios para respetar el derecho a la salud. En esos casos, no parece que se pueda exigir a nadie el cumplimiento del derecho a la salud.

Ante el reto planteado por O'Neill, se abren varias líneas de réplica. Señalo solo cuatro aquí. Algunos autores, como Peter Singer (1972), consideran que los derechos positivos exigen tantas obligaciones como los negativos. Por ejemplo, si está en la mano de alguien que vive en un país rico ayudar a un enfermo que vive en un país pobre a un coste razonablemente bajo, está mal que no lo haga. No importa quién ha causado el daño o la enfermedad. Si ayudar a un enfermo es algo bueno, está mal no hacerlo cuando el coste de la ayuda es bajo. Para Singer, convertir la obligación de ayudar al enfermo en un derecho no añade nada significativo al valor moral de la acción que está en juego. Otros autores, como Thomas Pogge (2005 y 2013), advierten de que la mayoría de las desgracias (incluidas numerosas enfermedades) de los pobres globales están causadas por los ricos globales por una multitud de factores, de modo que esa causalidad convierte al deber de ayudar a los enfermos globales en una obligación perfecta en el lenguaje de Kant y O'Neill. La tercera línea de crítica señala que la distinción entre derechos negativos y positivos es una distinción ideológica que desvela la controversia entre diferentes concepciones de la justicia, pero no una distinción conceptual entre la justicia y, por ejemplo, la beneficencia (Gilabert, 2016).

La cuarta réplica, en la que me voy a detener un poco más, está representada muy bien por Jonathan Wolff (2012). Para él, la tesis de O'Neill es acertada al señalar que los derechos positivos como el derecho a la salud no contienen la misma fuerza jurídica que los derechos negativos, pero eso no significa que el lenguaje de los derechos positivos sea inútil, meramente ilusorio o que no deba ser expresado como un derecho humano. Hay que insistir en la reivindicación de la salud como un derecho humano por al menos tres razones. La primera es que la dificultad en encontrar a

los deudores de los derechos humanos positivos no debería ser óbice para seguir esforzándonos en dar con ellos. La crítica de O'Neill no sería tanto una crítica a la doctrina de los derechos humanos cuanto una llamada de atención sobre la necesidad de desarrollar mejor una teoría de los deberes que corresponda adecuadamente a los derechos humanos. La segunda razón para continuar defendiendo el derecho a la salud como un derecho humano es que el problema señalado por O'Neill es común a las teorías de la justicia que construyen y desarrollan los filósofos políticos y no por ello se considera que estas sean tareas inútiles. Cualquier teoría de la justicia se enfrenta tarde o temprano a la necesidad de definir quién tiene los deberes de justicia distributiva exigibles. ¿Quién tiene, por ejemplo, el deber de llevar a cabo los dos principios de la justicia de la teoría de Rawls (1978), la propuesta de igualdad de recursos de Dworkin (2003) o la concepción del estado mínimo de Robert Nozick (1988)? En tercer lugar, si abandonamos la idea del derecho a la salud, la alternativa es el humanitarismo. Si no queremos desentendernos por completo de los deberes morales hacia el cuidado de los más enfermos, hemos de recurrir a teorías éticas como el utilitarismo de Singer o el humanitarismo, que se contentan con socorrer a las víctimas de las necesidades más urgentes, incluidas las necesidades de salud. El problema del humanitarismo es que, como señala Wolff, no cuestiona críticamente las estructuras sociales y de poder que causan las desgracias que pretende remediar. La ayuda humanitaria es esencialmente conservadora: quiere ayudar a los más necesitados al mismo tiempo que contribuye a preservar las estructuras de poder que impiden a los necesitados salir de su situación. El lenguaje de los derechos, en cambio, aspira a transformar la realidad injusta más allá de auxiliar a las víctimas. Los derechos no se conforman con atender a las necesidades básicas de las personas; además, otorgan a las víctimas una reclamación legítima contra el poder que las oprime, es decir, a exigir justicia, a unir sus necesidades desatendidas a una violación de sus libertades y oportunidades básicas.

Las críticas a la salud como derecho no acaban aquí. Una objeción que suele pasar inadvertida señala que las reclamaciones de justicia relacionadas con el derecho a la salud son paradójicas porque acaban perjudicando, precisamente, a los que están peor. William Easterly (2009) puso sobre la mesa la contradicción de que el mayor respeto al derecho a la salud supone la creación de mayores —y no de menores— desigualdades globales de acceso a la atención sanitaria necesaria. Supongamos que el Estado niega a un enfermo un tratamiento médico por ser muy caro y poco efectivo. En un contexto de recursos limitados —un escenario inevitable dentro del actual desarrollo de la ciencia y la tecnología médicas, como luego veremos— no es posible que todos los enfermos tengan acceso al mejor tratamiento posible. Por esa

razón, hay que priorizar. Un modo de hacerlo es a través de criterios coste-efectivos, es decir, privilegiando a los enfermos cuyos tratamientos son más efectivos y baratos para de ese modo producir la mayor cantidad posible de salud agregada en la población. Eso implica que algunos enfermos con tratamientos caros y poco efectivos quedan en la cola de la priorización y, si no hay recursos para todos, muy probablemente sus necesidades serán desatendidas con dinero público, incluso si se trata de necesidades vitales. Imaginemos, ahora, que esos enfermos acuden al juez y reclaman su derecho a la salud y este atiende positivamente dichas reclamaciones, como ha ocurrido en ocasiones (Ferraz, 2009)⁵. El resultado es que el Estado se ve obligado a invertir sus recursos limitados en esos enfermos, desatendiendo esta vez a otros enfermos que no reclaman (probablemente porque no pertenecen a las clases altas y medias que tienen más capacidad de reclamación de sus derechos) o a otras necesidades sociales.

A nivel internacional, también sucede lo mismo. Easterly recuerda que uno de los grandes éxitos de los movimientos a favor del “derecho a la salud” fue la financiación de tratamientos retrovirales para los enfermos de SIDA en países africanos. Esa inyección de recursos supuso que los enfermos de clase alta y media tuvieran acceso a dichos tratamientos, pero también supuso que muchos enfermos de otras enfermedades empeoraran su situación. Lo que ocurrió es que los recursos se desplazaron de la financiación de unos tratamientos a otros, de unos enfermos a otros. Como consecuencia de ello, se salvaron muchas vidas afectadas por el SIDA, pero se perdieron muchas más por la falta de atención a las enfermedades más tradicionales y que merecen menos atención internacional porque se ceban más en los pobres como la tuberculosis, la neumonía, el sarampión o las diarreas⁶. Así pues, y en palabras de Easterly, en ese contexto “el derecho a la salud ha costado más vidas de las que ha salvado”. Si los recursos existentes se hubiesen distribuido en función del coste-efectividad y no de la capacidad de reclamación del derecho a la salud, se habrían salvado más vidas.

Podemos pensar en diversas soluciones a nivel internacional para mejorar los índices de salud de la población: mejores políticas de salud, mayor ayuda internacional, el abaratamiento del acceso a medicamentos esenciales —modificando la política de patentes, favoreciendo la producción de

-
5. Wolff (2012) relata también un caso opuesto: la desestimación de la Corte sudafricana de una reclamación en un sentido muy similar.
 6. Marcus Haacker (2010) ha documentado que cuando ha aumentado la financiación de programas contra el SIDA en los países en desarrollo, han disminuido el número de partos atendidos y las vacunas infantiles.

genéricos o siguiendo propuestas como la *Health Impact Fund*⁷. Sin duda, esas iniciativas aumentarían la salud y la equidad en la salud. Pero lo cierto es que la limitación de los recursos sanitarios seguirá existiendo, porque ya es así incluso en los países más ricos y con mayor inversión en políticas de salud. Incluso en el más justo de los mundos posibles, habría limitación de recursos sanitarios debido a causas objetivas. No obstante, como señala Wolff, eso no significa que debamos abandonar la idea de un derecho a la salud en favor de consideraciones únicamente utilitaristas en la distribución de los recursos sanitarios, como tampoco debemos renunciar a las políticas de coste-efectividad cuando los recursos son inevitablemente limitados. El objetivo del derecho a la salud es que los recursos se adapten a los tratamientos médicos necesarios y no que estos se adecuen resignadamente a los recursos disponibles⁸.

3. JUSTICIA Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El segundo ámbito de la salud en que intervienen las cuestiones de justicia es el más novedoso de los tres. Me refiero a la justicia o la injusticia asociadas a los determinantes sociales de la salud⁹. La epidemiología actual sostiene que las desigualdades en salud no se explican principalmente ni por los factores biológicos ni por los estilos de vida voluntarios, sino por la desigualdad en el acceso a los determinantes sociales de la salud. El sistema sanitario es un determinante más, pero tampoco es el más importante para evaluar las desigualdades en salud. Dichas desigualdades obedecen sobre todo a factores sociales que tienen que ver con las diferencias de estatus y las desigualdades materiales. Esa es la conclusión a la que se llega tras incorporar los determinantes sociales de la salud a los análisis epidemiológicos (Marmot, 2004; Wilkinson, 2005; Kawachi y Kennedy, 2006; Wilkinson y Pickett, 2010), conclusión que trae consigo al menos dos efectos sobre la equidad, entendida esta como la eliminación de las diferencias injustas en salud (Whitehead, 1992) o, dicho en términos más operacionales, como la ausencia de disparidades sistemáticas en salud entre grupos con diferentes niveles de ventajas/desventajas ligadas al género, la riqueza, el poder, la

7. Una extensa información sobre esa propuesta está disponible en: <http://healthimpactfund.org>.

8. Un problema clásico de cualquier derecho humano es el de la fundamentación. Ese problema no es ajeno al derecho a la salud como derecho humano. Sin embargo, por razones de espacio, dejo esta cuestión para otro momento.

9. En este apartado, sigo los argumentos que expuse en Puyol (2012).

etnia, la edad, etcétera (Berkman y Kawachi, 2000). El primer efecto es que la relación entre los determinantes sociales de la salud y la equidad se vuelve muy estrecha, y el segundo es que el impacto de dichos determinantes debería redefinir los objetivos de la misma equidad.

Respecto al primer punto, la preocupación de la equidad por las desigualdades en salud entre los individuos y los grupos sociales está también en el corazón de la epidemiología social (Braveman y Gruskin, 2003). Ambos ámbitos del conocimiento están comprometidos con la explicación de las causas de las enfermedades y su distribución social. Así pues, la preocupación moral por las desigualdades sociales en salud y la hipótesis de que los determinantes sociales de la salud son responsables de esos patrones de desigualdad crea una gran afinidad, una simetría de intereses, entre la equidad en salud y la investigación epidemiológica sobre los dichos determinantes.

En relación al segundo efecto, los determinantes sociales de la salud deberían contribuir a redefinir y ampliar las políticas que tradicionalmente se asocian a la equidad en salud. Las explicaciones tradicionales de la desigualdad de salud suelen centrarse en los factores biomédicos, incluida la atención sanitaria, que son los que mejor dominan los profesionales de la medicina, dejando a un lado los factores sociales de la salud, mucho más difíciles de detectar, controlar y cambiar por esos mismos profesionales. Quizá ahí radique una de las razones por las que habitualmente no se ha prestado la atención que merecen los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, el acceso a una atención sanitaria de calidad tiene una capacidad explicativa limitada para abordar la desigualdad en salud. La prueba es que esta persiste incluso en los países que disponen de una atención sanitaria universal y de calidad (Mackenbach, 2008). En Gran Bretaña, por ejemplo, la esperanza de vida que hay entre un barrio rico de Glasgow y uno pobre, pese a la existencia del *National Health Service*, uno de los más progresistas del mundo, puede ser de casi treinta años (OMS, 2010). En España, la diferencia entre el barrio rico de Pedralbes y el barrio pobre de Torre Baró es de 11 años (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2016); además, la diferencia en la esperanza de vida puede variar en hasta 3 años entre comunidades autónomas ricas (como Navarra y Madrid) y comunidades pobres (Andalucía). Por otra parte, en el último siglo, el acceso universal a la atención sanitaria solo explica el 20% de los años ganados en la esperanza de vida en los países que disponen de aquella. El resto se ha debido fundamentalmente a las mejoras en las condiciones de vida, sobre todo las higiénicas (Porter, 1997). El acceso universal a una asistencia sanitaria de calidad es un requisito necesario pero insuficiente para paliar las grandes desigualdades en salud.

El argumento que hay detrás de la concepción de la equidad basada en el acceso a los servicios sanitarios está basado en la justicia social y es el siguiente: el acceso equitativo y universal al sistema sanitario es necesario para asegurar la salud de la población, que es uno de los requisitos de la igualdad de oportunidades. Sin embargo, la evidencia de los determinantes sociales de la salud socava ese argumento (Sreenivasan, 2007). Aunque sigue siendo cierto que la equidad en el acceso al sistema sanitario de calidad es un requisito de la justicia social, la verdadera equidad en salud no se logra ni sola ni principalmente con el acceso universal a los servicios sanitarios de calidad, sino sobre todo con una redistribución justa de los determinantes sociales de la salud. Además de los medios materiales de subsistencia, los determinantes mencionados incluyen factores psicosociales como el control y la autonomía sobre el trabajo y la propia vida, el apoyo social (a través, básicamente, de las redes sociales de la familia, los amigos y los vecinos), y la ausencia de ansiedad y estrés causados por la falta o la escasez de reconocimiento social (Brunner y Marmot, 2006; Macleod y Davey Smith, 2003; Singh-Manoux, 2003). Esos factores explican que las sociedades con mayor desigualdad social sean también las sociedades con mayor desigualdad en salud. Eso no quiere decir que la desigualdad social cause directamente la desigualdad en salud, ya que las causas podrían estar en los factores asociados a aquella. Por otra parte, no hay que olvidar que la causación no se deriva automáticamente de la correlación (Snowdon, 2010).

En consecuencia, la mejor estrategia para reducir las desigualdades en salud, es decir, para aumentar la justicia o equidad en la salud de la población, se logra cuando la exposición a la enfermedad es igual desde un punto de vista social, y no solo cuando se iguala el acceso a los tratamientos médicos de calidad. La razón es que, a pesar de que el acceso al sistema sanitario sea justo, los determinantes sociales de la salud demuestran que puede que los individuos lleguen ya enfermos a él por razones *socialmente injustas* que no tienen que ver solamente con la exposición a agentes externos tóxicos (que es la explicación de la epidemiología clásica), sino sobre todo con el impacto de la estructura social desigual en la aparición y desarrollo de las enfermedades (la explicación de la epidemiología social). Si los determinantes sociales de la salud no se distribuyen equitativamente entre la población, el poder de la equidad en el acceso al sistema sanitario se limita a no aumentar aún más esa injusticia previa, pero no puede eliminar, ni siquiera reducir, dicha injusticia. El resultado es que, a pesar de que el acceso al sistema sanitario se realice por necesidad sanitaria y no, por ejemplo, por capacidad de pago de los individuos, la población que más padece las desigualdades sociales no tiene garantizada ni la equidad en salud ni la igualdad de oportunidades.

Otra consecuencia del impacto de los determinantes sociales de la salud en la equidad afecta a la redefinición de las prioridades de la bioética. El origen de la bioética está estrechamente ligado a la reivindicación del principio de autonomía del enfermo. La tremenda conmoción que supuso el descubrimiento de las atrocidades de la medicina experimental nazi y los casos judiciales que en los años setenta se produjeron en los Estados Unidos de América sobre peticiones de autonomía de los pacientes condujo al replanteamiento de las bases de la ética médica y al nacimiento de la bioética moderna como disciplina académica (Walter y Klein, 2003). Hoy día, la bioética se enseña en todas las Facultades de medicina avanzadas y forma parte de la formación imprescindible y de calidad de los profesionales de la sanidad.

Sin embargo, con la irrupción de las evidencias que aportan los determinantes sociales de la salud, la bioética debería reorientar sus objetivos. El sesgo autonomista de la bioética, que sigue dominando todavía, como denuncian Dawson (2010) y O'Neill (2002), pese a destacadas excepciones (Daniels, 2008; Rhodes et. al., 2002), debería compensarse en favor de una mayor investigación sobre la justicia social y la igualdad de oportunidades en salud. La justicia debe coger el relevo de la autonomía en las prioridades de la bioética. La razón es doble. Por una parte, si tenemos en cuenta la magnitud de los hechos, los principales retos de la bioética actual no pasan por una mayor reivindicación del respeto a la autonomía de los pacientes, sino por la urgencia y la necesidad de afrontar las cuestiones de justicia, tanto a nivel local o nacional como a nivel global o internacional.

El respeto a la autonomía de los pacientes, ya sea en la medicina clínica o en la experimental, está cada vez más y mejor recogido en las legislaciones de los países democráticos y, aunque no siempre las viejas actitudes de excesivo paternalismo de algunos profesionales van de la mano de los avances legislativos, el camino está bien trazado. Eso no quiere decir que el conflicto entre la autonomía y la beneficencia se pueda resolver siempre con facilidad. Hay temas y casos especialmente difíciles como, por ejemplo, la eutanasia, la dificultad de saber cuándo un enfermo es realmente capaz o competente para decidir, o determinados aspectos de la confidencialidad. Son cuestiones que no tienen una solución sencilla desde el punto de vista de una ética pública, lo que obliga a prestarles una atención especial y continuada. Pero el paso más importante en la reivindicación de la autonomía ya hace tiempo que se ha dado: el reconocimiento de su incuestionable valor en todos los ámbitos de la medicina, desde el legislativo hasta el de las virtudes médicas.

Sin embargo, el principio de justicia está aún muy lejos de ser respetado. Pese a las declaraciones de la OMS a favor del derecho a la salud,

como hemos visto en el anterior apartado, lo cierto es que ese derecho dista mucho de realizarse en casi todo el mundo. Las desigualdades en salud son enormes. Por ejemplo, un español o un japonés al nacer pueden esperar cumplir los ochenta años, el doble que un swazilandés. Y cabe añadir que tales desigualdades se ceban sobre todo en las mujeres y los niños. Así, una mujer que da a luz en el África subsahariana tiene 100 veces más probabilidades de morir en el parto que si pare en un país industrializado, y un niño que nace en Angola tiene una probabilidad de morir antes de los cinco años de edad 73 veces mayor que si naciese en Noruega (OMS, 2010). Más de 11 millones de niños mueren cada año en el mundo por enfermedades tratables con éxito como la diarrea o la malaria. Solo la tuberculosis mata al año casi a dos millones de personas en los países pobres (Schieber, 2007). Con estos datos sobre la mesa, ni que decir tiene que las cuestiones de justicia son y deben ser una prioridad de la bioética de ahora en adelante.

La segunda razón que justifica la prioridad de la justicia en la bioética del futuro la proporciona la evidencia que se extrae de la actuación de los determinantes sociales de la salud. Estos nos muestran que su distribución es tremendamente injusta, que los factores sociales que determinan la aparición y desarrollo de las enfermedades no están repartidos con igualdad ni obedecen a un patrón distributivo justo. En un modelo epidemiológico clásico o biologicista, las diferencias en salud se explican por factores que no son susceptibles de ser justos ni injustos. Al fin y al cabo, la naturaleza biológica de cada individuo no obedece a patrones morales. Sin embargo, con la constatación de que la salud y la enfermedad tienen mucho que ver con la acción de los determinantes sociales de la salud, cuya distribución entre la población es claramente desigual sin que los individuos y grupos sociales peor parados sean responsables directos de ella, los problemas de justicia se vuelven evidentes.

Eso no significa que resulte fácil identificar ni a los responsables de la injusticia en la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud ni las políticas adecuadas para resolver o reducir significativamente dicha injusticia. Sin embargo, esa es una más de las razones para sugerir que la bioética, junto a la epidemiología y otras disciplinas científicas enormemente afectadas por la irrupción de los mencionados determinantes, como la economía de la salud (Rodríguez y Urbanos, 2008), debe incluir el estudio de la justicia entre sus prioridades para el siglo XXI. Si la epidemiología tiene una base ética y un propósito moral (como es reducir la desigualdad en salud de la población), a pesar de ser una ciencia, la bioética, en su preocupación por la justicia social en relación con la salud, necesita a su vez del conocimiento que aporta la epidemiología. En otras palabras, si queremos hacer buena epidemiología, social o de otro tipo, y si queremos comprender

en qué consiste la justicia social, hay que situar las preocupaciones morales y científicas por la salud humana en el centro de la teoría y la práctica de la justicia social. Como señalan Michael Marmot y Sridhar Venkatapuram, “la epidemiología está indefectiblemente unida a las preocupaciones éticas por la salud de la gente, y ninguna concepción de la justicia social se puede considerar completa si no tiene en cuenta las bases sociales de las enfermedades y la mortalidad” (2009, pp. 88-89). Sin un razonamiento que combine ética y ciencia, justicia y desigualdad en salud, no será posible construir una teoría general de la justicia en salud que tenga en cuenta todas las causas, niveles y consecuencias de las enfermedades y el tipo de respuesta social que se debería ofrecer.

4. JUSTICIA Y LIMITACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS

Los recursos de la sanidad son limitados, y cada vez lo van a ser más¹⁰. Es cierto que la crisis ha acentuado este problema y, sobre todo, la conciencia social que se tiene de él, pero hace tiempo que los recursos han dejado de ser suficientes para atender a toda la demanda sanitaria. Existen causas ineludibles de la limitación de recursos relacionadas con la paradoja del progreso médico, que consiste en el hecho de que cada vez disponemos de un mayor conocimiento científico y tecnológico en medicina, pero su aplicación resulta inevitablemente cara, lo que limita el acceso del conjunto de la población a dichos recursos. No es posible, por ejemplo, que todos los enfermos tengan un acceso inmediato a las tecnologías más innovadoras en todos los campos de la medicina.

Naturalmente, también hay causas políticas o evitables de la actual limitación de recursos. Evitables en el sentido de que las políticas de ajustes y recortes de los últimos años en países como España podrían ser o haber sido otras. Pero la coyuntura política actual no debe nublar nuestra vista. Aun en el caso de que no hubiera habido recortes en la sanidad, o de que estos se hubiesen aplicado de manera diferente, no podemos seguir pensando que los recursos son infinitos.

Ante esta situación de recursos inevitablemente limitados (con independencia de cuál sea el grado justo o razonable de limitación), debemos buscar un criterio de justicia en el acceso de los enfermos a dichos recursos. ¿Qué enfermos, tratamientos y servicios deben tener prioridad? En estos términos, la justicia se debe interpretar como equidad, equidad en el acceso a los recursos sanitarios.

10. He recogido una parte de los argumentos que expongo en este apartado en Puyol (2014).

Ahora bien, la equidad no es un concepto unívoco. Formalmente, la equidad significa que debemos tratar a los iguales como iguales y a los desiguales como desiguales. No obstante, ¿quiénes son los iguales —y, sobre todo, los desiguales— en el sistema de salud? Iguales son los ciudadanos y, por tanto, todos ellos tienen que tener un acceso igual a los servicios sanitarios¹¹. Como es obvio, la igualdad estricta acaba aquí. Nadie imagina que a cada ciudadano le corresponda una parte igualitaria de los recursos médicos, con independencia de sus dolencias. El acceso a los recursos debe ser desigual en función de algún criterio de desigualdad que sea moralmente legítimo. Tradicionalmente, ese criterio es o bien la necesidad médica o bien la capacidad de pago del propio enfermo. Según el primer criterio, estar enfermo es el único requisito para ser atendido, sin importar otras condiciones personales, como el sexo, la etnia, la religión, la clase social, el origen geográfico o nacional, etcétera. Según el segundo criterio, se atiende a quien puede pagar la factura que exige la institución médica o el profesional especializado. El primer criterio es la base del sistema público de salud, mientras que el segundo conduce al sistema privado. En nuestro país, coexisten ambos sistemas de salud, aunque no en un estado puro. Por ejemplo, actualmente el sistema público niega el acceso a numerosos recursos sanitarios a los enfermos en situación jurídica irregular. Por su parte, el sistema privado de salud tiene fuertes complicidades con el sistema público a través, por ejemplo, de ventajas fiscales o de la gestión privada de algunos servicios públicos.

Vamos a dejar a un lado la justificación moral del sistema privado de salud. Respecto al sistema público, los problemas éticos no se restringen a las posibles discriminaciones señaladas en relación al sexo, etnia, etcétera¹². En el mismo corazón de la idea de necesidad médica, hay al menos dos

-
11. En lo que sigue, me voy a centrar en los problemas de equidad nacional. Otro tema es la equidad global aplicada a los recursos sanitarios también globales. ¿Deberíamos tener un criterio de equidad que incluyese por igual a todos los enfermos del planeta y cuya aplicación corriese a cargo de un ente político universal, como las Naciones Unidas, un hipotético Estado global o una hipotética Agencia Internacional encargada de la distribución de los recursos sanitarios globales? Los temas de justicia global son diferentes a los de justicia distributiva nacional. Aquí tan solo voy a tratar, y muy someramente, de estos últimos.
 12. Legalmente, el sistema sanitario español no discrimina por razones como el sexo, la etnia, la edad, el origen social o geográfico, la religión, etcétera. Sin embargo, en la práctica aparecen desigualdades de acceso por dichas razones. Por ejemplo, las probabilidades de un enfermo de ictus de ser atendido adecuadamente son mayores si vive en una gran ciudad que si vive en el campo; las listas de espera de la sanidad pública perjudican más a la salud de los más pobres (que no tienen la opción real de acudir a la sanidad privada); la mayoría de los hospitales públicos están preparados para atender las necesidades religiosas de los

alternativas moralmente excluyentes, alternativas que resultan más visibles cuanto mayor es la necesidad de racionar o priorizar entre pacientes.

La prioridad entre pacientes se da cuando las personas tienen un acceso desigual a los recursos limitados. Lo ideal sería que el acceso fuese igualitario, es decir, que todo el que necesitase atención sanitaria la obtuviese, independientemente de otras consideraciones. Pero el problema reside en que es precisamente eso lo que no es posible. No todos podemos tener un acceso igual a los recursos que necesitamos debido a su escasez, en parte inevitable (y en parte no) como ya he indicado. Entonces, y aunque parezca un contrasentido, la pregunta es la siguiente: ¿qué tipo de desigualdad respeta mejor el principio de igualdad entre las personas en el acceso a la atención sanitaria? ¿Cuál es la desigualdad legítima para acceder a los recursos sanitarios escasos? La tradición en países como el nuestro dice que los iguales son los que tienen la misma necesidad médica, de manera que dispensar un trato igual quiere decir priorizar a los que más lo necesitan.

Ahora bien, apelar al concepto de necesidad médica como algo definible únicamente en términos médicos no resuelve el problema de la priorización entre pacientes. Esto es así, en parte, porque el significado de la salud y la enfermedad es social en muchas ocasiones, lo que provoca no pocas discrepancias acerca de lo que es efectivamente una necesidad médica. Piénsese, por ejemplo, en el cambio de sexo o en la inseminación artificial. También es cierto que hay problemas epistemológicos a la hora de determinar quién necesita qué. Por ejemplo, no todos los especialistas médicos están siempre de acuerdo en qué tratamiento necesita un mismo enfermo. Pero, sobre todo, la concepción de la necesidad médica no es una cuestión meramente técnica porque existen al menos dos interpretaciones filosóficas divergentes de la necesidad médica.

La visión clásica está asociada al grado de enfermedad del paciente, de manera que el enfermo más grave es el que tiene mayor necesidad de atención. Ahora bien, tal interpretación tiene sus detractores. Estos esgrimen que no tiene sentido (que no es ético) dedicar los recursos disponibles a pacientes muy graves pero sin (o con muy remotas) posibilidades de curación, si al mismo tiempo tales recursos son negados a pacientes menos graves pero que podrían mejorar considerablemente su estado de salud gracias a ellos. Los que así argumentan creen que la verdadera necesidad de atención sanitaria aumenta con el beneficio que proporciona dicha atención. Afirman que si el objetivo de las instituciones sanitarias es ofrecer salud

enfermos cristianos, pero no las de enfermos de otras religiones (camas enfocadas a la Meca, presencia permanente en las habitaciones de muchos familiares); etcétera.

a los ciudadanos, cuanta más salud sean capaces de proporcionar tanto mejor realizan su tarea. La necesidad no depende entonces de la gravedad del enfermo, sino del beneficio esperado del tratamiento. Generalmente, los defensores de dicho argumento miden el beneficio sanitario con una fórmula que combina los años de vida ganados y la calidad de vida que acompaña a esos años.

Sin embargo, esta segunda interpretación de la necesidad médica también deja abiertos algunos interrogantes éticos. Por ejemplo, da por sentado, sin una clara justificación, que puesto que una persona prefiere, por norma general, vivir más años que menos, también es preferible que una persona pueda vivir más años que no que otra viva menos años. Eso significa, entre otras cosas, que los jóvenes tienen una prioridad absoluta sobre los viejos. Por ejemplo, los recursos destinados a la pediatría tendrían muchísimo más valor que los dedicados a la geriatría. En el extremo, estaría justificado invertir todos los recursos en salvar a un recién nacido (que, en nuestra sociedad, tiene una probabilidad de llegar a vivir más de ochenta años), aunque eso supusiese dejar morir a setenta y nueve ancianos que ganarían un año de vida gracias a los mismos recursos. En términos filosóficos, este enfoque utilitarista cae en la falacia de la ausencia de separabilidad moral de las personas, es decir, asume que el valor moral de las personas es intercambiable: la salud que unos ganan compensa a la que otros pierden siempre que el resultado sea una suma positiva.

Por otra parte, el criterio utilitarista acaba priorizando, paradójicamente, a los enfermos que acuden más sanos al sistema sanitario, puesto que, generalmente, estos tienen más probabilidades de mejorar con la atención recibida. Parece que el sistema actúe con el siguiente lema: “cuanto más enfermo venga usted, más tarde le atenderemos”. El criterio de la maximización de la salud que se esconde detrás de esa interpretación de la necesidad médica está claramente emparentado con la teoría utilitarista de la justicia.

Pero los dilemas éticos de la priorización no se limitan a la definición de la necesidad médica. Existen otros criterios alternativos para priorizar a los pacientes que no son nada desdeñables desde el punto de vista de la ética. Por ejemplo, podríamos priorizar a los ciudadanos que han realizado una mayor contribución social, o a los que se espera que la realicen, o a los que tienen mayores obligaciones sociales (por ejemplo, en la atención a familiares dependientes), o a los que han sabido responsabilizarse mejor del cuidado de su salud, o a los más pobres. Una vez más, queda patente que la igualdad y la equidad (en este caso la sanitaria) no son conceptos unívocos, sino que están atravesados por diferentes acepciones, cada una de ellas con su propio peso en una discusión ética abierta y comprometida con el principio de igualdad (Puyol, 1999).

En cualquier caso, se trata solamente de criterios orientativos acerca del racionamiento de los servicios y tratamientos sanitarios. En los países en los que se ha puesto en práctica una priorización explícita (tácitamente siempre se está priorizando), incluso con un debate social amplio sobre la bondad de los criterios, no se ha logrado un consenso suficiente. Cuanto más detallada es la lista resultante de criterios, más desacuerdos emergen. No disponemos todavía de un criterio, o de una combinación de criterios, socialmente exitoso. Una de las razones que explica tal fracaso puede ser la negativa de la población, en general, a asumir que no todo lo que es científicamente posible también lo es económicamente *para que alcance a todos*, y mucho menos si se trata de la atención médica. La priorización existe, aunque no se hable abiertamente de ella y aunque en muchos casos se lleve a cabo de manera invisible y arbitraria, en la soledad del decisor (del político, el gerente o el médico) que a veces ni siquiera es consciente de que está priorizando con criterios éticos, incluso de un modo diferente a como los hacen sus colegas. Pero cuando se habla de ello o los criterios de racionamiento se hacen públicos, casi nadie quiere asumirlo. Se impone un cierto infantilismo moral: se afirma que la vida y la salud no tienen precio, pero pocos están dispuestos a hablar del coste económico de tal afirmación, y mucho menos a asumir el coste social y ético del racionamiento. Esperamos que el Estado cubra todas las necesidades sanitarias con un dinero que, como contribuyentes, no siempre estamos dispuestos a dar (y que nuestros gobiernos ya no pueden pedir prestado ilimitadamente en el mercado financiero internacional), porque, a la hora de la verdad, demostramos tener otras prioridades, como construir más carreteras, salvar a los bancos en apuros, o disfrutar de un mayor consumo privado. Todos y cada uno de nosotros somos responsables de la priorización sanitaria, aunque miremos hacia otro lado cuando alguien la menciona.

No obstante, las dificultades para afrontar el racionamiento sanitario no dependen únicamente de esa ingenuidad moral. Existe también otro tipo de causas. Una de ellas es la característica de *elección trágica* que tiene la priorización sanitaria en muchas ocasiones. En una elección trágica cualquier decisión sobre la distribución de los recursos limitados afecta de manera sustancial a la vida de las personas. Un ejemplo recurrente de elección trágica es el que se produjo en el año 1841 con unos naufragos supervivientes del hundimiento de un barco que hacía la travesía entre Liverpool y Filadelfia. Uno de los botes salvavidas fue ocupado por más personas de las que cabían. Los supervivientes sabían que si en un plazo relativamente corto de tiempo no aligeraban el peso del bote, todos acabarían ahogados. En un intento por evitar la muerte segura de todos, catorce personas fueron lanzadas al mar. El criterio utilizado para desprenderse de los pasajeros sobrantes

fue “no separar a los matrimonios y no lanzar a ninguna mujer”. El bote consiguió aguantar el peso de los afortunados, los cuales fueron finalmente rescatados. Lo más sorprendente es que uno de los supervivientes del bote, integrante de la tripulación del barco naufragado y responsable de ejecutar el criterio de priorización seleccionado, fue sometido a juicio y condenado por homicidio (Calabressi y Bobbit, 1978; Elster, 1994). Es sorprendente porque fue el único que tuvo la valentía de responsabilizarse, con su propia acción ejecutoria, de llevar a cabo la elección moral tomada.

La elección trágica del ejemplo anterior consiste en que todas las posibles elecciones son moralmente detestables. Básicamente, había tres alternativas moralmente buenas: 1) esperar la muerte de todos, lo que ocurriría, por ejemplo, al seguir la regla kantiana de que nadie debe ser sacrificado en beneficio de otro, o el mandato cristiano de que solo Dios puede decidir sobre la vida y la muerte de las personas; 2) salvar a un número determinado de personas gracias a algún criterio aleatorio de selección, como, por ejemplo, lanzar una moneda al aire; y 3) salvar a un número considerable de personas utilizando algún criterio de priorización no aleatorio, que exige un compromiso moral más fuerte, como, por ejemplo, el que se utilizó en el caso real, o el que hubiese salvado probablemente aún más vidas: priorizar a los individuos con menor peso corporal.

Lo que quiero poner de manifiesto con ese ejemplo es que, en numerosas ocasiones, la bioética y el racionamiento tienen que lidiar con situaciones de elección trágica. Por ejemplo, cuando hay que decidir si se separa a los siameses con la muerte segura de uno de ellos, en la selección de los enfermos que deben recibir un trasplante de órganos, en la lista de espera tolerable para enfermedades de gran riesgo, etc. La particularidad de una elección trágica reside en que, ante situaciones extremas, ningún individuo puede merecer el perjuicio grave pero inevitable al que conduce la decisión última. Una posible alternativa para eludir ese tipo de decisiones consiste en la abdicación de la responsabilidad moral, utilizando, por ejemplo, sistemas de elección aleatoria (Goodwin, 1992), como la lotería o el criterio del “primero que llega, primero se sirve” tan habitual en el ámbito de la sanidad. Así, además, se puede defender, desde un punto de vista teológico, que en los procedimientos aleatorios solamente Dios dicta la decisión moral. Sin embargo, desde un punto de vista secular, se puede replicar que abandonar la decisión moral a la lotería o, simplemente, al destino natural es una forma de huir del compromiso último con la responsabilidad humana. Si dejamos morir a alguien cuando podemos hacer algo por salvarle la vida, aunque lo dejemos morir para salvar otra u otras vidas igualmente valiosas, debemos asumir la responsabilidad moral de esa elección.

5. CONCLUSIÓN

Hay tres ámbitos de la salud que deben interesar a una teoría de la justicia. El primero es la clarificación de si existe un derecho a la salud, que es algo más amplio que un derecho a la atención sanitaria. Por otro lado, podría existir un derecho a la atención sanitaria pero no un derecho a la salud. Ambas son ideas distintas de un supuesto derecho a estar sano. En cualquier caso, el debate consiste en delimitar la existencia de algún tipo de derecho relacionado con la salud o la atención sanitaria que los enfermos necesitan. Hemos visto que hay buenos argumentos para considerar que no existe un derecho a estar sano, pero sí un derecho a la salud, pese a que resulte complicado concretar las implicaciones prácticas de un derecho tal, las obligaciones que comporta y a quién hay que exigirselas. Esos problemas también son extensibles, aunque en menor medida, al derecho a la atención sanitaria.

El segundo ámbito de la salud relacionado con la justicia es el modo en que se deben afrontar las desigualdades injustas en salud, las que principalmente son causadas por las desigualdades sociales y económicas. Hemos comprobado que cualquier aproximación a este ámbito debe afrontar dos cuestiones fundamentales: ¿de qué modo se eliminan o se compensan dichas desigualdades injustas? y ¿se pueden separar con claridad los objetivos médicos de la epidemiología de los objetivos morales de una sociedad?

El tercer ámbito es el de la priorización o racionamiento sanitario. En un contexto de recursos sanitarios inevitablemente limitados, nos vemos obligados a priorizar entre enfermos y entre tratamientos; en el extremo, a elegir quién debe vivir y quién debe morir. Se trata de elecciones trágicas que exigen compromisos morales que van más allá de la conciencia individual de los decisores, ya que son una responsabilidad social o común.

En este artículo he querido describir brevemente los tres ámbitos de la justicia en salud y mostrar que no se ha producido un resultado satisfactorio en la investigación ética hasta el momento en ninguno de ellos. Además, queda pendiente la necesidad de construir una teoría de la justicia en salud que englobe a los tres de un modo coherente con el fin de minimizar las contradicciones de aplicar concepciones deontológicas (por ejemplo, defendiendo el derecho a la salud) y al mismo tiempo consecuencialistas (como hacemos al asumir la priorización sanitaria con criterios utilitaristas de coste-efectividad).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agència de Salut Pública de Barcelona (2016). *La salut a Barcelona 2015*. Barcelona.
- Berkman, L.F. y Kawachi, I.O. (2000). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Braveman, P. y Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 57, n. 4.
- Brunner, E. y Marmot, M. (2006). Social organization, stress, and health. En M. Marmot y R. Wilkinson (eds.). *Social determinants of health* (pp. 6-30). Oxford: Oxford University Press.
- Calabressi, G. y Bobbit, P. (1978). *Tragic Choices*. New York: Norton.
- Daniels, N. (2008). *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. New York: Cambridge University Press.
- Dawson, A. (2010). The Future of Bioethics: Three Dogmas and a Cup of Hemlock. *Bioethics*, vol. 24, n. 5, 218-25.
- Dworkin, R. (2003). *Virtud soberana. La teoría y la práctica de la igualdad*. Barcelona: Paidós.
- Easterly, W. (2009). Human Rights Are the Wrong Basis for Health Care. *Financial Times*, 12 de Octubre. Disponible en: <https://www.ft.com/content/89bbda2-b763-11de-9812-00144feab49a>. Consulta realizada el 5 de mayo de 2017.
- Elster, J. (1994). *Justicia local*. Barcelona: Gedisa.
- Ferraz, O. (2009). The Right to Health in the Courts of Brazil: Worsening Health Inequalities?. *Health and Human Rights*, n. 11, 33-45.
- Gilbert, P. (2016). Justice and Beneficence. *Critical Review of International Social and Political Philosophy*, vol. 19, n. 5.
- Goodwin, B. (1992). *Justice by Lottery*, Chicago: University of Chicago Press.
- Haacker, M. (2010). The Macroeconomic of HIV/AIDS. En M. Hannam y J. Wolff (eds.). *Southern Africa: 2020 Vision*. London: e9 Publishing.
- Kawachi, I y Kennedy, B.P. (2006). *The Health of Nations: Why Inequality Is Harm to Your Health*. New York: The New Press.
- Mackenbach, J.P. et al. (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine*, 358, 2468-81.
- Macleod, J. y Davey Smith G. (2003). Psychosocial Factors and Public Health: A Suitable Case for Treatment? *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 57, n. 8.
- Mann, J.M. et al. (1994). Health and Human Rights. *Health and Human Rights*, n. 1, 6-23.
- Marmot, M. (2004). *The status syndrome*. New York: Owl Books.
- Nozick, R. (1988). *Estado, utopía y anarquía*, México: Fondo de cultura económica.
- OMS (2010). *World Health Statistics*.
- OMS (2008) *El derecho a la salud*, Folleto informativo n.º 31.
- O'Neill, O. (1996). *Towards justice and virtue*. Cambridge: Cambridge University Press.

- O'Neill O. (2002). Public Health or Clinical Ethics: Thinking beyond Borders. *Ethics and International Affairs*, vol. 16, n. 2, 35-45.
- O'Neill, O. (2005). The Dark Side of Human Rights. *International Affairs*, n. 81, 427-439.
- Pogge, T. (2005). *La pobreza en el mundo y los derechos humanos*. Barcelona: Paidós.
- Pogge, T. (2013). *¿Estamos violando los derechos humanos de los pobres del mundo?* Barcelona: Proteu.
- Porter, R. (1997). *The Greatest Benefit to Mankind*. London: Fontana Press.
- Puyol, A. (1999). *Justícia i salut. Ètica per al racionament dels recursos sanitaris*. Bellaterra: UAB.
- Puyol, A. (2012). Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gaceta Sanitaria*, vol. 26, n. 2, 178-181.
- Puyol, A. (2014). Justicia distributiva en el sistema de salud. El racionamiento de los recursos en tiempo de crisis. *Derecho y salud*, vol 24 Extraordinario, 6-13.
- Rawls, J. (1978). *Teoría de la justicia*. México DF: Fondo de cultura económica.
- Rhodes, R., Battin, M.P. y Silvers, A. (eds.) (2002). *Medicine and Social Justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Rodríguez, M. y Urbanos, R. (eds.) (2008). *Desigualdades sociales en salud*, Barcelona: Masson.
- Schieber, G. et al. (2007). Financing Global Health: Mission Unaccomplished. *Health Affairs*, vol. 26, n. 4.
- Shue, H. (1996). *Basic Rights*, Princeton: Princeton University Press.
- Singer, P. (1972). Famine, Affluence, and Morality. *Philosophy and Public Affairs*, 1, 229-243.
- Singh-Manoux, A. (2003). Psychosocial Factors and Public Health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 57, n. 8.
- Snowdon, C. (2010). *The Spirit Level Delusion: Fact-checking the Left's new theory of everything*. London: Little Dice.
- Sreenivasan, G. (2007). Health Care and Equality of Opportunity. *The Hastings Center Report*. vol. 37, n. 2, 21-31.
- Venkatapuram, S. y Marmot, M. (2009). Epidemiology and social justice in light of social determinants of health research. *Bioethics*, vol. 23, n. 2.
- Walter, J.K. y Klein, E.P. (eds.) (2003). *The Story of Bioethics*. Washington DC: Georgetown University Press.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, vol. 22, n. 3, 429-445.
- Wilkinson, R. (2005). *The Impact of Inequality. How to make sick societies healthier*. Oxford: Routledge.
- Wilkinson, R. y Pickett, K. (2010). *The Spirit Level: why Equality is Better for Everyone*, London: Penguin Books.
- Wolff, J. (2012). *The Human Right to Health*, New York: Norton.

