

ARTICULO DE REVISIÓN

La Economía de la Salud: una mirada desde la ética.

Health Economics: an ethical look.

Anai García Fariñas

Doctor en Ciencias de la Salud. Profesora-Investigadora Auxiliar. Departamento de Economía de la Salud. ENSAP. Email: anaigf@infomed.sld.cu

RESUMEN:

El incremento del peso relativo de los servicios de salud sobre las economías, entendido como el porcentaje que representan los gastos en salud dentro del PIB, ha devenido en una señal de alarma desde los últimos 20 años del pasado siglo. Como respuesta durante los años 80, varios teóricos comenzaron el camino de la interrelación entre la economía y la salud. El objetivo del presente trabajo es analizar las implicaciones éticas que ha tenido la aplicación de herramientas económicas en el campo de la salud y los sistemas y servicios de atención médica. Con el objetivo de analizar las implicaciones éticas que acompañan a la aplicación de las herramientas económicas en el campo de la salud y los sistemas y servicios de salud se realizó este trabajo. Para ello se presentan los elementos principales de la relación entre economía y salud desde el punto de vista ético particularizando en cómo se ve este fenómeno desde diferentes corrientes filosóficas.

Palabras clave: economía de la salud, ética, justicia

ABSTRACT

Since the last 20 years of last century, the increase of the relative burden of health services on national economies, understood as percentage that expenses represent in health inside the GDP, has developed into a sign of alarm. In response to this during the 80s, several theorists began to interrelate between economy and health. The aim of the present work is to analyze the ethical implications of the application of economic tools in the field of health, systems and healthcare. The main elements related to economics and health are presented from the ethical point of view by specifying how this phenomenon is seen from different thoughts.

Key words: Health economics, ethics, justice

INTRODUCCIÓN.

En Cuba el derecho a la salud y la responsabilidad del Estado con la misma, cobra forma legal de manera explícita en la constitución de 1976 cuando establece en el artículo 46 "Todos tienen derecho a que se atienda y proteja su salud. El Estado garantiza este derecho:

- con la prestación de la asistencia médica y hospitalaria gratuita, mediante la red de instalaciones de servicio médico rural, de los policlínicos, hospitales, centros profilácticos y de tratamiento especializado ;
- con la prestación de asistencia estomatológica gratuita;

- con el desarrollo de los planes de divulgación sanitaria y de educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación general y otras medidas preventivas de las enfermedades. En estos planes y actividades coopera toda la población a través de las organizaciones sociales y de masas.”¹

Desde entonces el Estado cubano ha velado por la protección de la salud de sus ciudadanos. Para ello, entre otras cosas, desarrolló un Sistema Nacional de Salud que tuvo como principios rectores: el carácter estatal y social de la medicina, la accesibilidad y gratuidad de los servicios, la orientación profiláctica, la aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica, la participación de la comunidad e intersectorialidad, la colaboración internacional y la centralización normativa y descentralización ejecutiva.²

Los salubristas cubanos apoyados por una política de estado han tenido la oportunidad de evidenciar la introducción de lo más avanzado de la ciencia en la técnica en aras de solucionar aquellos problemas relativos a la salud de los individuos y la población en general.

El resultado, luego de más de cinco décadas, ha sido que Cuba hoy puede mostrar indicadores de salud comparables con países desarrollados como la mortalidad infantil de 4.2 X 1000 nacidos vivos en el 2014³ y la esperanza de vida al nacer que se ha elevado hasta los 80 años.⁴

El envejecimiento gradual de la población cubana ha traído aparejado el aumento en la frecuencia de las enfermedades que le acompañan, con la consiguiente demanda de servicios más especializados que por lo general son más caros. Esto, unido al empleo de técnicas más novedosas (con el consecuente incremento de los costos) ha dado al traste con el incremento de los costos de los servicios de salud, fenómeno reportado no sólo en Cuba sino en todo el mundo.⁵

Para los gobiernos el incremento del peso relativo de los servicios de salud sobre las economías, entendido como el porcentaje que representan los gastos en salud dentro del PIB, ha devenido en una señal de alarma desde los últimos 20 años del pasado siglo. Como respuesta durante los años 80 varios teóricos comenzaron el camino de la interrelación entre la economía y la salud.

Si bien, desde las ciencias económicas se podía identificar un mercado donde concurrían la oferta y la demanda de servicios de salud, este mostraba características peculiares que no permitía una extrapolación directa de las herramientas de trabajo de la ciencia económica. Investigadores de todo el mundo se dieron a la tarea de desarrollar estudios que mostraran cómo adaptar las herramientas económicas al campo de la salud en aras de evaluar la evolución del sector y poder proponer, tanto medidas de contención del gasto como soluciones dirigidas a la evaluación y potenciación del incremento de la eficiencia en el sector. También se abordó el financiamiento de los servicios de salud en la búsqueda de soluciones que limaran las imperfecciones del mercado de la salud.

Este intento no ha estado exento de detractores y entre los argumentos empleados a estado el del “fin de la libertad clínica”.⁶ Esta reacción puede explicarse si se considera que hasta ese entonces, y todavía hoy en muchos lugares, la decisión sobre los recursos de los servicios de salud estaban en manos de los profesionales de la medicina y se asignaban bajo la premisa de que la vida de un paciente no tiene precio y por tanto no se debían escatimar recursos en la atención del mismo. De esta forma los servicios de salud quedaban fuera de los rigurosos análisis económicos que sí se aplicaban para el resto de los sectores.

No obstante, la teoría de la escasez se expresó más temprano que tarde en el entorno de los servicios de salud. Es una condición objetiva que las necesidades son mayores que los recursos con los que se cuenta. La economía de la salud ha estado llamada a desvestir interioridades que si bien pudieron parecer espinosas no dejaban

de ser ciertas; las demandas de salud muestran una tendencia al aumento frente a unos recursos que no crecen de igual forma, se impone pues la necesidad de decidir cómo distribuir esos recursos.

Con el objetivo de analizar las implicaciones éticas que acompañan a la aplicación de las herramientas económicas en el campo de la salud y los sistemas y servicios de salud se realizó este trabajo. Para ello se presentan los elementos principales de la relación entre economía y salud desde el punto de vista ético particularizando en cómo se ve este fenómeno desde diferentes corrientes filosóficas.

DESARROLLO:

Los sistemas de salud

De inicio, resulta necesario realizar la distinción entre atención de salud y sistemas de salud, ya que estos se manejan indiscriminadamente en ocasiones. Un sistema de salud o sistema de servicios de salud es el que específicamente acepta y afronta la responsabilidad de mantener o mejorar la situación de salud de la población. Por otra parte se entiende por atención de la salud ⁷ el conjunto de acciones, de promoción, estimuladoras, defensivas y reparativas, de la integridad y del desarrollo de la capacidad física, mental y social de las personas y poblaciones. Es por ello que en el fenómeno de atención de salud pueden participar múltiples elementos, desde instituciones benéficas, organismos no gubernamentales, ministerios o secretarías del trabajo y/o la seguridad social, instituciones de carácter privado, etc.

De acuerdo con el tipo de intervención del Estado en la atención de salud, los sistemas de salud pueden clasificarse según varios ejes, por ejemplo teniendo en cuenta los principales tipos de programas públicos en que participa el Estado, lo que equivale a decir el seguro social, la asistencia pública y servicio universal, ⁸ o bien aquella que realiza una distinción entre asistencia pública, seguro nacional de salud y servicio de salud.⁹ También se pueden clasificar los sistemas de salud de acuerdo con la fuente de financiamiento y la estructura organizativa básica. ¹⁰

Los sistemas de salud pueden financiarse sobre la base de impuesto, contribuciones compulsadas, bien deducidas del salario o vinculada al riesgo y/o la suscripción voluntaria a esquemas de seguros privados. Bajo este prisma pueden distinguirse al menos 3 modelos: ¹¹

- **SISTEMA BEVERIDGE O SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Adoptado por Suecia desde los años 1930 y surgido oficialmente en un informe en 1942 en Gran Bretaña. El sistema está financiado por impuestos controlados por el Parlamento con libre acceso para cada ciudadano o residente, y gobernado y a veces ofrecido por empleados estatales. Los médicos son empleados asalariados y pagados por medio de un honorario o tarifa por persona asegurada, mientras que los hospitales reciben un presupuesto total.

- **SISTEMA BISMARCK O SISTEMA DE SEGURO DE SALUD**

Fue inspirado en el año 1883 en la legislación alemana y existió en los países del Centro y Este de Europa, entre las 2 guerras. Con este sistema de atención médica la financiación de los fondos se efectúa por contribuciones compulsadas por firmas y empleados y resulta dirigido por representativos del pueblo asegurado. Los ciudadanos que no tienen acceso a tales fondos están cubiertos por esquemas de seguro privado. La atención médica es entonces provista por los denominados médicos por cuenta propia y pagada sobre la base de honorarios por servicios, mientras que los hospitales reciben un presupuesto total.

- SISTEMA SEMASHKO O SISTEMA CENTRALIZADO

En los países del centro y del Este de Europa (antigua URSS y/o miembros del CAME), los sistemas de salud toman su inspiración en las ideas de Semashko, que datan de los años 1920. En este sistema existe un control gubernamental mediante un sistema planificado centralmente y financiado por el presupuesto estatal. Todos los empleados del sistema son asalariados. No existe sector privado y presenta libre acceso para todos, a los servicios de salud.

En términos médicos y sanitarios se pudiera hablar de un “despegue de los servicios de salud” que tuvo lugar en Europa alrededor del siglo XVIII.¹² En relación a esa época Foucault¹³ sostiene que con el capitalismo, que se desarrolla en ese contexto histórico, no se pasó una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente lo contrario. El capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, ubicó como primer objetivo el cuerpo, en tanto este fue visto como fuerza productiva. De esta forma se reconocen 3 etapas de la formación de la medicina social: la medicina del estado, la medicina urbana y la medicina de la fuerza laboral.

La medicina del estado se desarrolló inicialmente en Alemania a comienzos del siglo XVIII y se caracterizó: 1) un sistema mucho más completo de observación de la morbilidad y el registro a nivel del propio Estado, de los diferentes fenómenos epidemiológicos observados; 2) conferir a la universidad y a la propia corporación médica, la decisión sobre la formación médica y la concesión de títulos; 3) establecer una organización administrativa para controlar la actividad de los médicos.¹¹

La segunda trayectoria del desarrollo de la medicina social está representada por el ejemplo de Francia, donde, a fines del siglo XVIII surgió la medicina social, al parecer, no apoyada por la estructura del Estado, como en Alemania, sino por un fenómeno de urbanización. El hacinamiento de la población, las epidemias urbanas constituyeron problemas de la vida en la ciudad. Para dominar los fenómenos médicos que causaban una inquietud en la población en las ciudades se tomaron medidas; surge el modelo médico de la cuarentena. El plan de cuarentena fue un ideal de la buena organización sanitaria de las ciudades del siglo XVIII.

La medicina urbana, con sus métodos de vigilancia y de hospitalización, no fue más que un perfeccionamiento, en la segunda mitad del siglo XVIII del esquema de la cuarentena. La higiene pública fue una variedad refinada de la cuarentena y de ahí parte la gran medicina urbana, cuyos objetivos eran esencialmente los siguientes: 1. Analizar los lugares de acumulación en todo lo que en el espacio urbano podía provocar enfermedades. 2. Controlar la circulación y organización del agua, aire y desechos.

El concepto de salubridad aparece pues, al comienzo de la Revolución Francesa y el de higiene pública en la Francia de principios de siglo XIX.¹¹ Hasta el segundo tercio del siglo XIX no se plantea el problema de la pobreza como fuente de peligro médico. Es esencialmente la “ley de los pobres” lo que convierte a la medicina inglesa en medicina social, en la medida en que las disposiciones de esa ley implicaban un control médico del necesitado. Con ese elemento, surge la idea de una asistencia fiscalizada, de una intervención que constituye un medio de ayudar a los más pobres a satisfacer sus necesidades de salud y al mismo tiempo mantener un control mediante el cual las clases adineradas o sus representantes en el gobierno, garantizaran la salud de las clases necesitadas, y por consiguiente, la protección de la población privilegiada. Aparece el Health Service inglés con las funciones de control de vacunación, registro de epidemias y enfermedades de obligatoria declaración, identificación de lugares insalubres y destrucción de focos.¹¹

En el siglo XX se producen una serie de reformas en los sistemas y servicios de salud que sientan sus bases en fallas percibidas en los mismos y que buscan estructuras y

dinámicas de funcionamiento que permitan incrementar la eficiencia, la justicia y la capacidad de respuesta a las expectativas de los usuarios.

Durante la primera reforma se crean los sistemas nacionales de atención sanitarias en paralelo a los sistemas de seguro social. No obstante las minorías, como los pueblos indígenas, quedaron excluidas. La segunda reforma buscó aumentos en la eficacia, la eficiencia, la equidad y la accesibilidad. Para esto se desarrolló la estrategia de Atención Primaria de Salud, la cual intentó integrar no sólo niveles mínimos de servicios de salud sino también garantías básicas de alimentación, educación, agua potable y saneamiento básico. Esta segunda reforma tuvo éxitos parciales pues nunca contó con financiamiento adecuado.

Hasta este momento las reformas sobre los servicios de salud estuvieron orientadas a la oferta sin embargo, la tercera reforma se dirigirá a la demanda. Esta vez se intentan redimensionar la atención primaria de salud, las intervenciones que se proponen se basan en la llamada eficacia en función de los costos. Se proponen modelos que aumentan la contribución financiera del Estado a los servicios de salud no así en la prestación de esos servicios, predominando un modelo privado o mixto. Con esta reforma la balanza se inclina a la responsabilidad individual con la salud.

Economía de la salud

La Economía de la Salud es una disciplina científica que aborda temas tan amplios como el financiamiento, la producción, la distribución y el consumo de bienes y servicios que satisfacen necesidades del campo de la salud bajo los principios de la eficiencia y la equidad. Esta disciplina estudia la oferta y la demanda de los servicios de salud así como las condiciones económicas de la política de inversión sanitaria.

La Economía de la Salud, a su vez se ha definido como aquella disciplina que comprende el estudio económico global del sector salud, en relación con los otros sectores socioeconómicos. Así entonces se desprende que tiene un enfoque macroeconómico e integral en tanto aborda los factores que determinan el nivel de salud de la sociedad y del individuo como: la estructura productiva (formas de producción distribución y consumo), la política (política económica para el sector salud, planes y programas a nivel macroeconómico), la cultura (costumbres, hábitos y creencias con respecto a los comportamientos hacia la salud), la educación (impacto de la educación en la medicina preventiva y curativa), el componente sanitario (investigación y desarrollo para el sector de la salud así como la mejora en la cobertura y calidad de servicios de salud), la dimensión ecológica (impacto de los procesos productivos en el ambiente y en la salud de la población), lo socioeconómico (acceso a los servicios de salud y mejor distribución de los servicios de salud para abarcar a toda la población), lo geográfico (efecto de la explotación y uso de los recursos naturales), lo demográfico (conformación de la pirámide poblacional, desarrollo rural y urbano, efectos de las migraciones en la salud, planificación del crecimiento poblacional).

Este enfoque presenta el estudio de la salud del hombre de una manera integrada a las actividades que este realiza desde que nace hasta que llega a ser un adulto con una formación que comprende aspectos sociales, culturales, económicos y políticos.

El análisis económico tiene un doble impacto. A nivel macroeconómico, permite el planteamiento con mayor precisión de planes y programas del sector, se busca una mejor distribución de los recursos, se trata de lograr la optimización de los recursos productivos, se desea mejorar la calidad en los servicios de salud y en las actividades que lo complementan. A nivel microeconómico, cada área funcional busca calcular de la mejor forma los costos directos e indirectos con el fin de optimizar los recursos humanos, monetarios y materiales con los que cuenta. Además se pueden medir los beneficios de salud que se generan a través de la implementación de programas

preventivos, así como estimar la calidad en los servicios de salud a nivel de cada unidad productiva.

La Economía de la Salud es una disciplina relativamente joven que surge a finales de los años cincuenta y principios de los sesenta en Estados Unidos de Norteamérica e Inglaterra. Los antecedentes de estudios económicos aplicados a la salud se pueden encontrar a finales del siglo XVII, cuando Sir William Petty estimó el valor de una vida humana entre 50 y 60 £. En la época victoriana se destacaron los trabajos de William Farr (1807-1883) quien desarrolló, entre otros estudios, una versión temprana de lo que luego sería la teoría del capital humano. Desde finales del siglo XVIII hasta la primera mitad del siglo XX escasearon los trabajos económicos asociados con la salud.¹⁴

En los años cincuenta, economistas famosos como Keneth Arrow y Milton Friedman trabajaron en la aplicación de los principios de la economía clásica a la atención de salud, en particular, como ayuda a la toma de decisiones y para asignar los recursos disponibles. Una década después comienzan los primeros estudios descriptivos del costo de la enfermedad y el peso económico de fenómenos como accidentes de tránsito y enfermedades infecciosas.¹⁵

En los años setenta comienzan las primeras aplicaciones del enfoque de costo-beneficio en salud; se desarrollan las metodologías de costo de la enfermedad, costo-efectividad y se dan los primeros pasos en los estudios de costo utilidad. En esta etapa resultaron de gran importancia los aportes de los países socialistas a la disciplina.¹⁶

A partir de los años noventa y hasta hoy día la Economía de la Salud se ha extendido incluso a países de menor desarrollo socioeconómico. Sus técnicas se han hecho más complejas, han aparecido nuevos indicadores y se incrementa su enfoque multidisciplinario, además de que aumentan las publicaciones sistemáticas y la docencia.

Luego de varios decenios, la relación entre la economía y la salud se define como un binomio inescapable ¹⁶ en tanto se ha hecho evidente la indisociabilidad entre la evolución económica y la evolución del estado de salud. Entre las áreas de mayor interés desarrolladas por los especialistas en la actualidad están: la expansión del gasto sanitario y sus implicaciones sociales, la evaluación económica de programas e intervenciones en salud, y la descripción del mercado de la salud, específicamente de las fallas de este mercado.

Ética y economía de la salud

Antes de hablar de ética en salud, resulta necesario referirse a los conceptos de la moral y la ética. La moral es una de las formas de la conciencia social que, en tanto que reflejo de las condiciones materiales de vida de los hombres, es histórica y concreta y, por tanto, relativa y cambiante, cuyo desarrollo constante va acorde con la marcha de la sociedad.¹⁷

El estudio de la moral forma parte actualmente de una ciencia particular, la ética, formulada como tal desde el siglo VI a.n.e., en la Grecia Antigua, por el filósofo griego, Aristóteles. Sin embargo, los problemas éticos, tanto de la sociedad en general, como de las profesiones más connotadas -por su grado de vinculación al hombre mismo- fueron objeto de análisis y formulaciones teóricas, así como regulaciones, incluso jurídicas, desde la más antigua civilización babilónica (2 000 años a.n.e.) por el rey Hammurabi. En el caso del ejercicio de la Medicina, aparecieron ya regulaciones en ese Código babilónico y reaparecieron después, en la Grecia Antigua, en el Juramento y los Aforismos de Hipócrates, médico griego nacido en la isla de Cos.¹⁸

La ética médica tradicional se ha basado en dos principios fundamentales: "No dañar" y "Hacer el bien". Estos dos principios han sido exigidos, a lo largo de los años, a los médicos en ejercicio y, a partir de finales del siglo XIX, se ha hecho extensivo su cumplimiento a todos los profesionales de las ciencias médicas. En Enfermería, a partir de su definición como profesión, gracias a Florence Nightingale, se le añadieron otros dos principios: la fidelidad (al paciente), que obliga a cumplir con los compromisos contraídos; y la veracidad, aun cuando su ejercicio pueda entrañar dificultades a quien la ejerce.¹⁸

El término "bioética" es de cuño reciente y lo introdujo el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter (1970 - 1971), quien argumentó la necesidad de crear una ciencia y un movimiento de científicos en el ámbito mundial para el desarrollo de una investigación multidisciplinaria que sirviera de puente entre la ética y las ciencias biomédicas.¹⁷⁻²²

La Ética, la Economía y la Medicina se han empleado para contribuir a la comprensión y resolución de los conflictos de interés que pudieran surgir entre médicos, pacientes y la sociedad en cuanto a la aplicación de procedimientos clínicos.²³⁻²⁵

En la práctica, el médico continuamente se enfrenta a dilemas de tipo ético.²⁶ Muchas decisiones conflictivas obligan al facultativo a hacer juicios de valor, eligiendo un camino que respete las esperanzas y los deseos del enfermo, pero también las directivas de los políticos que, de acuerdo con la meta de salud para todos en el año 2000, favorecen más las inversiones para la sociedad en su conjunto que para el individuo aislado. Ello implica no sólo una mayor preocupación por la medicina primaria, comunitaria o de familia, sino también por el desarrollo de los adelantos tecnológicos y terapéuticos, así como de la capacitación adecuada del personal de salud que va a manejarlos. Puede tratarse tanto de tratamientos brillantes como los trasplantes, como de medios diagnósticos obtenidos gracias a la aplicación de nuevos métodos que generalmente son más costosos, por ejemplo las técnicas de imagen (tomografía computadorizada, resonancia magnética, etc) o los nuevos prototipos de instrumental para la litotripsia biliar y renal. El alto costo de estos medios obliga a utilizarlos de manera selectiva, con indicaciones precisas y rigurosas, y es entonces cuando surge el conflicto de decidir quiénes deben beneficiarse de ellos y quiénes no.

En la práctica los principios éticos (beneficencia, no-maleficencia, autonomía, decir la verdad al paciente y justicia) pueden resumirse en tres: beneficencia, autonomía y justicia. Según la beneficencia, que incluye los dos primeros, las ventajas derivadas de la aplicación de una técnica o procedimientos deben ser superiores a sus riesgos, ya que así no habrán conflictos en términos éticos; es decir, va dirigida al deber de contribuir al bienestar del paciente y se basa en prevenir o contrarrestar el mal o daño y en hacer o fomentar el bien.

El principio de autonomía indica que hay que respetar la decisión del paciente en cuanto a cantidad y tipo de tratamiento aplicado; o sea, es la capacidad de autogobierno que permite al paciente, en pleno uso de sus facultades, tener el derecho legal y moral de tomar sus propias decisiones y estas tienen prioridad sobre las del médico y la familia. El tercer principio es el de justicia, según el cual una actuación no puede considerarse ética si no resulta equitativa, es decir, si no está disponible para todos aquellos que lo necesiten.²⁷⁻²⁸

Cada uno de ellos tiene una significación moral específica. El enfermo actúa guiado por el principio moral de "autonomía"; el médico, por el de "beneficencia", y la sociedad por el de "justicia". En el marco de la atención de la salud, el término justicia generalmente se refiere a lo que los filósofos llaman "justicia distributiva", la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad.²⁴⁻²⁵

De los tres principios éticos puede emplearse el de la justicia para ilustrar los efectos que sobre la ética tienen los modelos económicos sobre los que se construyen las sociedades.

En sus esfuerzos por hallar la forma de estructurar la atención de la salud para que tenga un costo módico, sea eficiente y se ciña a las normas mínimas de decencia moral, las naciones y comunidades recurren a determinados aspectos y elementos de las teorías clásicas de la justicia. Esas teorías quizá no puedan generar estructuras prácticas de prestación de servicios de salud, porque para ello se necesita integrar con éxito muchos otros elementos, pero sirven como recursos para aclarar conceptualmente términos de importancia crítica tales como libertad, derechos, igualdad y distribución equitativa.²⁹

El derecho a la salud, entendido como derecho humano no pertenecen en sentido estricto a la esfera de lo jurídico, sino a la de la moral, porque supone necesariamente una transferencia unilateral -es decir, sin contraprestación- de recursos, de unos seres humanos a otros. Se impone el salto de la justicia conmutativa a la distributiva. La primera alude a la contraprestación, al intercambio mercantil, al derecho a recibir algo, porque se da algo a cambio. "Tengo derecho a un salario porque apporto una determinada productividad marginal a aquel que me lo paga".

La justicia distributiva, por el contrario, alude a aquello que se da o se recibe, sin contrapartida. Es la transferencia unilateral. Todos tienen derecho a la salud aún cuando no tengan recursos para costearse las. El tema de la justicia distributiva que acompaña al derecho a la salud ha sido muy controversial sobre todo en el entorno capitalista. Dentro de esta se ha planteado que la única forma de garantizar el derecho a la salud de aquellos que no pueden disponer de estos bienes, es imponiendo compulsivamente que otros cedan parte de su ingreso, lo que dado el desarrollo moral de esas sociedades provoca reacciones radicales.³⁰

En los siglos XVII y XVIII se ubica un proceso de abandono radical de la noción de justicia distributiva a favor de la justicia conmutativa, es una expresión clara del auge alcanzado por la economía de mercado que, en dichos siglos precisamente, pasa a convertirse en la forma dominante de organización social en Europa y América del Norte.

La Justicia concierne al derecho mientras que la salud no es un derecho en absoluto, sino más bien un estado de hecho: no hay derecho a la salud, en todo caso un derecho de acceso a los medios de salud. Lo que por supuesto es diferente. Mientras que la demanda de salud es por naturaleza infinita, los medios de la salud son limitados y están determinados a lo menos por tres parámetros: los progresos del saber médico, el coste económico de las técnicas que permiten la aplicación de ese saber y por fin los importes financieros que una colectividad acepta dedicar al otro aspecto.

Las distintas teorías de la justicia coinciden en tratar los casos iguales de la misma manera. Sin embargo, esas fórmulas convencionales no dan respuestas concretas a qué es realmente lo que se debe dar o en qué sentido son iguales los casos o las personas. Las teorías contendientes de justicia tratan de especificar lo que le corresponde a cada cual o lo que es igualdad básica. Es decir, intentan impartir especificidad y contenido al principio formal vacío, agregando principios materiales y concretos a los principios formales y abstractos. Estos principios materiales de justicia especifican lo que le corresponde a cada cual (beneficios como la salud y cargas como los impuestos) o bien en qué forma son iguales las personas y cómo deben tratarse. De esta forma establecen las normas básicas para la distribución de cargas y beneficios. En el extremo opuesto del espectro se encuentran principios materiales como "a cada cual según sus necesidades" y "a cada cual según lo que

puedan adquirir legítimamente en una economía de libre mercado". Entre los dos extremos hay teorías de justicia que contienen elementos de ambos.

Teorías libertarias. Según estas teorías, la justicia no es un principio independiente con un contenido aislado. Si bien existen principios morales particulares como verdad, fidelidad, vida (el acto de prescribir frente al de quitar la vida), beneficencia, etc., con sus propios significados, la justicia se puede reducir al principio de autonomía o libertad. Si el ejercicio de la libertad (sobre todo económica) está protegido y garantizado, se hace justicia según esas teorías. Los libertarios dudan de la existencia de una justicia distributiva que supondría quitar algún bien a alguien que lo ha ganado honrada y honestamente. En las teorías libertarias a menudo se incorporan las del mérito o las basadas en la contribución de las personas a la sociedad. Estas teorías suponen que conviene recompensar al trabajador diligente y capaz, y proteger su libertad de decidir cómo utilizar la recompensa. Suponen, además, que el ejercicio de un mercado libre lleva a efecto la tarea distributiva o cumple con la justicia distributiva. La distribución en el mercado libre creará desigualdades de acceso a la atención de la salud pero, de acuerdo con los libertarios, eso no es injusto y no debe remediarse con planes tributarios ni ningún otro tipo de redistribución. La reducción de la justicia a libertad personal entraña una firme creencia en la responsabilidad individual por los problemas de salud. En resumen esta teoría puede resumirse en: al no intervenir, permite que las personas escojan como deseen y como puedan lo que creen que es mejor en materia de atención de la salud. No pretende contener los costos. La atención de la salud costará tanto y se le dedicarán tantos recursos como determinen las personas. El porcentaje del Producto Nacional Bruto destinado a la atención de la salud aumentará a un nivel determinado por la libre elección de los proveedores y consumidores de servicios de salud. Si algún elemento de la atención de la salud llega a ser demasiado costoso o representa un gasto que no merece la pena tanto como otro, cada individuo contribuirá a contener los costos absteniéndose de adquirir esa atención de la salud y el precio tendrá una tendencia a la disminución. Además, la caridad puede, cuando menos, mitigar las graves pérdidas impuestas por el sorteo natural y social.

Teorías igualitaristas: para los igualitaristas la justicia es esencialmente igualdad. Se hace justicia cuando se asignan recursos a las personas que más los necesitan, con el fin de acabar con las disparidades y de lograr la máxima igualdad posible. Mientras que las teorías libertarias se basan en las visiones seculares modernas y postmodernas de la vida, los igualitaristas tienden a compartir una visión más religiosa, que pide a las personas algo más que reconocer la dimensión de sorteo que tiene la vida al distribuir los beneficios y las cargas en forma desigual. La tarea de la religión y de la justicia se centra en trabajar para vencer las desigualdades naturales y sociales mediante políticas altruistas racionales. Los libertarios y los igualitaristas coinciden en que los costos de la atención de la salud, al igual que los gastos de defensa, pueden absorber los recursos de cualquier nación. La gente nunca parece tener suficiente salud ni defensa. En la ética de la asignación de la atención de la salud se aborda el problema de decidir quién tiene un derecho ético a recursos escasos. Cada comunidad o nación se ve obligada a contener los costos de la atención de la salud. La cuestión ética estriba en determinar cómo se deben contener. Los teóricos igualitaristas insisten en que los recursos escasos deben ser empleados donde más se necesiten, y no donde lo determinen las fuerzas del mercado libre. La comprensión igualitarista del principio de justicia considera la justicia como algo que exige (sujeto a ciertas salvedades importantes) una igualdad de bienestar neto para cada individuo.³⁰ Entender la justicia como igualdad es que la gente tiene el derecho a que la calidad neta de su vida sea igual, en la medida de lo posible, a la calidad neta o bienestar de otros. Como consecuencia, en la distribución de beneficios, los que menos tienen serán los más favorecidos si la distribución ha sido justa. El principal objetivo de la distribución justa debe ser igualar el bienestar.

Teoría utilitarista: Todas las teorías citadas se podrían definir como deontológicas. En cada caso, la justicia se identifica con un principio que establece lo que es correcto o justo, independientemente de sus consecuencias. Sin embargo, no todas las teorías de justicia se basan en principios. Los utilitaristas creen que las acciones correctas o justas no son las que se amoldan a principios, sino las que tienen consecuencias deseables o al menos evitan las indeseables. Según la teoría utilitarista la justicia obliga a las personas a evitar, siempre que sea posible, que ocurran males como la pérdida de la salud. Por tanto, para esa corriente de pensamiento, la justicia en la atención de la salud no es una norma ética independiente, sino más bien el nombre dado a la obligación social general de evitar las consecuencias indeseables y fomentar las deseables. Cuando se trata de políticas de atención de la salud o de reformas del sistema de atención de la salud, los utilitaristas buscan intercambios, compromisos y asignaciones parciales que permitan lograr un equilibrio entre grupos opuestos, en lugar de intentar que el sistema fomente más la igualdad o la libertad. La teoría utilitarista se traduce en la cuantificación de beneficios y cargas (costos) y en la elección de lo que maximice los primeros y minimice los segundos. Los costos y beneficios se cuantifican en relación con la mayoría y no con una población especial (como la más necesitada). Los que trabajan en asuntos de atención de la salud (políticos, economistas, planificadores gubernamentales de política social, administradores de salud pública), aunque no sean filósofos, a menudo asumen una actitud básicamente utilitaria. Trabajan para diseñar o reformar un sistema en el cual los diversos intereses estén en equilibrio, se logren resultados positivos para la mayoría de las personas y las cargas o los costos se distribuyan equitativamente en la sociedad. Según la teoría utilitarista debemos centrarnos en la responsabilidad particular de hacer el bien y evitar el mal, la responsabilidad social del deber de crear una sociedad aceptable y los recursos económicos disponibles deben equilibrarse para poder establecer un sistema de atención de la salud justo. La utilidad se define como el mayor bien para el mayor número de personas. La justicia es simplemente otra forma de hablar de este objetivo. Los padres del utilitarismo, Jeremy Bentham ³¹ y John Stuart Mill, ³² intentaron apartarse de una ética orientada por principios y emprendieron la reforma de las instituciones legales y sociales basándose en cálculos objetivos de los beneficios sociales.

Los planificadores de salud contemporáneos son generalmente utilitaristas, aunque tal vez no lo sepan. Los que no saben de filosofía pueden incluso equiparar el enfoque utilitarista con el sentido común sin darse cuenta de las suposiciones y los problemas subyacentes en su perspectiva. El logro de los mayores beneficios para la mayoría no es tan sencillo como parece. El primer problema es la necesidad de cuantificar los beneficios y cargas para adoptar opciones justas. Pero es difícil cuantificar el dolor, la muerte y la discapacidad. La comparación de beneficios y cargas consiste principalmente en comparar lo subjetivo, más que lo objetivo. Sin embargo, se puede intentar estimar objetivamente los costos, aunque inevitablemente representen tan solo una aproximación. Si se culpa, con razón, a los igualitaristas de no prestar suficiente atención a los costos económicos, cabe hacer otro tanto con los utilitaristas, que suelen sobreestimar la objetividad de sus análisis de costos. Al equilibrar los costos, se pierde a menudo el contacto con los beneficiarios y los perjudicados. Las políticas que producen el mayor beneficio neto para la mayoría de las personas pueden entrañar elevados costos para pequeños grupos desatendidos. Los igualitaristas y los partidarios de las teorías de Rawls se empeñan en ayudar precisamente a los menos privilegiados. Los utilitaristas respaldan a los igualitaristas en cuanto a la superioridad moral del altruismo, al compararlo con el egoísmo de la tesis libertariana, pero se distinguen de ellos en la forma de elegir las asignaciones en materia de atención de salud.

Teoría socialista y de derechos: en los sistemas capitalistas, las discusiones de los filósofos sobre la justicia y la atención de la salud representan un discurso puramente formal. Ninguna de las teorías expuestas representa algo más que una

justificación de las injusticias subyacentes en una infraestructura capitalista. Esta será la crítica marxista radical de todas las teorías precedentes, especialmente de la tesis libertaria. Para los marxistas, los llamados derechos universales a la libertad civil, la vida, la felicidad, la propiedad, etc., son negativos y únicamente garantizan que las personas puedan perseguir independientemente sus objetivos particulares. Sin embargo, para que los ciudadanos sean realmente libres y verdaderamente humanos necesitan tener derechos positivos; derecho a que el Estado proporcione los bienes necesarios para fines de autenticidad y felicidad. Entre los derechos positivos proclamados en el Manifiesto Comunista se encuentran el derecho al trabajo, vivienda, educación y atención de la salud. Si la justicia formal consiste en dar a cada cual lo suyo, la teoría marxista insiste en que la satisfacción de las necesidades humanas básicas es deber de todos. Según esta teoría, las necesidades básicas crean los fundamentos de los derechos básicos, incluido el derecho a la atención de la salud. Marx rechazaba el lenguaje relativo a los derechos porque, en su opinión, reflejaba la forma en que las ideologías capitalistas consideran a los ciudadanos. No obstante, de acuerdo con la teoría marxista, a todo ciudadano se le garantiza la atención de salud "según sus necesidades", y la sociedad como un todo sufragar el costo. De hecho, existe un derecho positivo a la atención de la salud.

Conclusiones

La economía de la salud deviene en ejemplo de cómo el marco socio político define el enfoque con el que se aplicará el conocimiento científico en la búsqueda de soluciones a problemas sociales como puede ser la salud de poblaciones e individuos, así como para la interpretación de los resultados que se obtiene de los estudios. Desde la óptica capitalista, la aplicación de los principios económicos a la salud condujo al desarrollo de sistemas de salud excluyentes en tanto se basaron en la capacidad de pago por los servicios.

En el contexto cubano, cabe analizar además que aún cuando es voluntad del Estado brindar servicios de salud de calidad, accesibles geográficamente, tecnológicamente y económicamente; entendido esto en que desde la consulta más sencilla hasta la intervención más compleja se brinda a todos los ciudadanos cubanos gratuitamente, no debe interpretarse que la prestación de los servicios no representen un costo para el Estado y la sociedad. De cualquier manera existen un grupo de recursos materiales, humanos y financieros que se emplean en la prestación de los servicios de salud y estos no escapan al principio de la escasez, de aquí que también deba constituir una premisa de trabajo el logro del mejor uso alternativo de los mismos.

También en la sociedad cubana el salubrista se encuentra en el medio del conflicto ético en términos de cómo asignar los recursos escasos sin violentar los principios éticos por los que debe regirse su trabajo. Algunas veces el conflicto yace entre la perspectiva individual y la social a la hora de determinar el destino de determinado recurso. No pocas veces estos profesionales se hayan frente a la siguiente pregunta: ¿sería ético recomendar a un paciente un tratamiento que impidiera que otros 100 pacientes obtengan tratamiento a la vez cuando existiera otro menos efectivo pero que permite que la atención llegue a otros?. Otras veces el médico (los profesionales de la salud en general) se encontrará en la encrucijada entre la efectividad del tratamiento o el proceder a recomendar y sus efectos económicos, específicamente sobre la economía familiar e individual. ¿Debiera el médico valorar hasta qué punto su recomendación puede ocasionar costos desproporcionados en función de los ingresos familiares, contribuyendo a incrementar la carga económica por enfermedad?

Aún cuando los efectos en salud de la aplicación de fórmulas económicas pueden ser cuestionables en varios países, esto no debe ser motivo para rechazar totalmente el marco teórico metodológico y el conjunto de herramientas que las ciencias económicas ponen a disposición de los servicios de salud para lograr un mejor uso de los recursos. El reto está en lograr una adecuación de los mismos tomando lo útil y

desechando lo no compatible con el sistema social socialista. Así pues, la economía de la salud podrá ayudar más o menos al desarrollo de sistemas de salud equitativos, accesibles, efectivos y eficientes en tanto su aplicación vaya respaldada de una concepción ética en la prestación de los servicios de salud dirigida también a la protección de los más necesitados.

El papel de La Economía de la Salud no es gastar menos, sino invertir mejor, es decir, obtener los mayores beneficios sociales a costos asumibles socialmente. La Economía de la Salud como ciencia, trata de ofrecer el mayor grado de bienestar posible a partir de los recursos disponibles y esto constituye un objetivo ético, por cuanto resulta ético ser eficiente. La identificación de cuál podría ser el mejor uso de los recursos con los que se cuenta en términos de la mejor relación costos-efectos en salud está en total concordancia con el principio de lograr una prestación eficiente que permita la mejor distribución de los mismos no sólo desde la perspectiva individual sino social y para esto La Economía de la Salud pone a disposición todo su arsenal, queda pues la responsabilidad de una aplicación consecuente con las normas éticas que caracterizan a la medicina cubana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Unión de Juristas de Cuba. Sitio de las Constituciones Cubanas. Constitución de 1976.
http://www.uniondejuristasdecuba.cu/constituciones/pages/1976/const_1976.htm (240106)
2. Ministerio de Salud Pública. Sistema de Salud. Principios Rectores [Internet]. La Habana: Red Telemática de Salud; c1999-2000 [actualizado Feb 2000; citado 11 Ene 2006]. Disponible en: http://www.sld.cu/sistema_de_salud/aspectos.html
3. Mortalidad infantil y del menor de 5 años según sexo. Años seleccionados 1970-2014. En: Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2014. La Habana: DNE; 2015.p. 47.
4. López Nistal LM, Gran Álvarez MA, Albizu-Campos Espiñeira JC & Alonso Alomá I. Diferencias de mortalidad entre sexos en Cuba en el contexto internacional. Rev Cubana de Salud Pública. 2013; 39(1):32-44.
5. Gálvez González AM. Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2003 Oct-Dic [citado 22 Ene 2014]; 29(4): [aprox. 17 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000400011&lng=es&nrm=iso
6. Williams A. Economía de la Salud ¿El fin de la libertad Clínica?. Material Docente Curso 1994-1995, Máster de Gestión y Economía de la Salud. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra y Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales; 1995.
7. Fresno Chávez C. Sistemas de atención de salud (I). Rev Cubana Salud Pública. [Internet]. 1996 Ene-Jun [citado 22 Ene 2006]; 22(1): 11-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100006&lng=es&nrm=iso
8. Frenk J, Donabedian J. Intervención del Estado en la atención médica: tipos, tendencias y variables. En: Organización Panamericana de la Salud. Investigaciones sobre servicios de salud. Washington: OPS; 1993 (Publicación científica, No. 534).
9. Foucault M. Historia de la medicalización. Educ Med Salud 1977; 11(1):3-25.

10. Roomer MJ. Health departments and medical care-world scanning. Am J Public Health 1960; 50:154-60.
11. Gálvez González AM, López Pardo C. Economía y Salud. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2002.
12. Terris M. The three world systems of medical care: trends and prospects. Am J Public Health 1978; 68:1125-31.
13. Majnoni d'Intignano B. Financing of health care in Europe. En: Health care reforms in Europe. Proceedings of the First Meeting of the Working Party. Health Care Reforms in Europe. Madrid 23-34, June, 1992:33-54.
14. Gálvez González AM. Contribuciones y retos de la economía de la salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 Ene [citado 22 Ene 2014]; 38(Suppl 5): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000500016
15. Aristóteles. Ética Nicomaquea. México, DF: Editorial Porrúa; 1992.
16. Amaro Cano MC, Lemus Marrero Á, Valencia ML, Casas Siara B, Moynelo H. Principios básicos de la bioética. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 1996 [citado 12 Dic 2015]; 12(1): [aprox 7 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol12_1_96/enf06196.htm
17. Hans Martin S. La bioética: fundamentos filosóficos y aplicación. Bol Of Sanit Panam 1990; 108(5-6):391-8.
18. Salas Perea RS. Principios y enfoques bioéticos en la educación médica cubana. Educ Med Super 1996; 10(1):28-37.
19. Kotow MH. Temas de bioética. En: Introducción a la bioética. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1995 (Colección El Mundo de las Ciencias).
20. Beca JP. Prioridades temáticas de bioética en América Latina y El Caribe. Bioética. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. 1995; 1: 11-8.
21. Mainetti JA. Bioética: una nueva filosofía de la salud. En: Bioética. Temas y Perspectivas. Washington, DC: OPS; 1990. P. 215-7 (Publicación científica Nro. 527)
22. Tealdi JC. Qué es la Bioética. En: Filosofía y Salud. Compilación de Temas para la asignatura. 1ra. Parte. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 1994. p. 246-9.
23. Kotow MH. Fundamentos de Bioética. 1. Aspectos generales. En: Introducción a la Bioética. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1995. p. 51-5.
24. Drane JF. Comentarios. Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud. Bol Of Sanit Panam 1990; 108(5-6):586-90.
25. Kotow MH. Bioética y salud pública: Políticas y recursos. En: Introducción a la bioética. Santiago de Cuba: Editorial Universitaria; 1995. p. 128-35.
26. Fernández Ramírez C, Hidalgo Prado P, Luque Borja D. Ética Médica y Economía de la Salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 1998 Jun [citado 2015 Nov 29]; 24(1): 5-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661998000100001&lng=es.
27. Williamson JW. Evaluación del juicio clínico del médico. En: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, DC: OPS; 1992. p. 374-81 (Publicación Científica Nro. 534).

28. Villardell F. Problemas éticos de la tecnología médica. Bol Of Sanit Panam 1990; 108(5-6):399-404.
29. Fineberg HV, Hiatt H. Evaluación de las prácticas médicas: argumentos para la valoración de la tecnología. En: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, DC: OPS; 1992:742-50 (Publicación científica Nro. 534).
30. Drane James F. Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud. Bol of Sanit Panam. 1990; 108 (5-6):586-98.
31. Bentham J. An Introduction to the Principles of Morals and Imislaflion. New York: Hafner Publishine; 1948.
32. Mill JS. Utilitarianism. New York: Bobbs Menill; 1957.