

El principio de justicia en sanidad, aplicado a casos de pandemia

Eduardo Casillas

La **noción de justicia**, como otras nociones fundamentales en bioética, parece clara para todos hasta el momento en el que profundizamos. Ello es particularmente evidente en **situaciones en las cuales se deben proporcionar recursos escasos respecto a muchos sujetos que tendrían necesidad**, como es el caso de una eventual fase 3 de pandemia de COVID-19, que ya han atravesado otros países, marcadamente Italia y España, y que se avecina a nuestro país en las próximas semanas.

Comentado [AM1]: pleonasma

Habrán personas que no recibirán dichos recursos y que, por ende, estarán en el derecho de protestar por ello. Es **tarea de la bioética ofrecer un criterio de repartición** que sea justificable públicamente, defendible de los ataques de modelos alternativos y capaz de tutelar al máximo los valores en juego.

Si partimos de la idea de que **todos los sujetos** que esperan recibir un beneficio (como pudiera ser por ejemplo, el acceso a Unidades de Cuidados Intensivos para los enfermos graves, en el caso de una pandemia) **son iguales en dignidad**, el principio de justicia puede ser definido en modo formal de la siguiente manera: *se debe tratar a los iguales en modo igual*, o bien: *ninguna persona debería ser tratada en modo desigual a despecho de toda diversidad de las otras personas, hasta el momento en que se pueda demostrar que existe entre ellas una diferencia éticamente relevante respecto al tratamiento en cuestión*.

Pasemos ahora a dar una definición que sea de contenido y no sólo de forma. **El concepto de justicia debe ser de hecho connotado en modo sustancial** para que sea eficazmente utilizado en las argumentaciones a favor o en contra de ciertos procedimientos de distribución. En efecto, el término justicia puede tener diferentes significados.

Dar a cada uno en partes iguales. Este punto de vista, conocido como igualitarismo puro, parte de que todos los seres humanos son iguales y, por tanto, igualmente dignos de mérito y, no considerando poder disponer de criterios que diferencien a un enfermo de otro, propone simplemente dividir en partes iguales los bienes disponibles.

Dar a cada uno en razón de sus necesidades individuales. Esta definición es sostenida con vigor por importantes tradiciones de pensamiento, como la de la doctrina social cristiana o el marxismo. Pero encuentra límites, ya que es difícil en ámbito sanitario enlistar las necesidades fundamentales imprescindibles, por su misma naturaleza, y diferenciarlas de aquéllas no esenciales y por lo mismo secundarias. En segundo lugar, es verdad que ciertos bienes como la vida o la salud no tienen precio. Pero éstos tienen un costo, lo que significa que, tutelando aquellos bienes respecto a algunas personas, se sustraen recursos útiles para promover la salud de otros sujetos y el problema permanece.

Dar a cada uno en razón de sus esfuerzos y su esfuerzo individual. Las éticas de la intención subrayan esta interpretación, que privilegia y valora el esfuerzo del individuo respecto a la colectividad, antes incluso que su utilidad social, por ejemplo, a través de la fidelidad en el servicio al estado o en la disponibilidad y abnegación al propio trabajo. Por

otro lado, se podría sancionar, no financiando sus cuidados, a aquéllos que han llevado a cabo prácticas temerarias (pensemos en el llamado *reto coronavirus* en el cual algunos jóvenes proponían lamer tazas de WC's públicos para mostrar su valentía e inmunidad al contagio, siendo obviamente contagiados de COVID-19 días después), atentando de esta forma contra la propia salud, o incluso por medio de otras prácticas como el consumo de drogas, cigarro, práctica de deportes riesgosos o incluso prohibidos. El límite de esta postura reside en el hecho de que muchas conductas nocivas no son verdaderamente libres, sino inducidas por defectos socioeconómicos de base, e igualmente en el hecho de que es posible que se den interpretaciones arbitrarias y deformes del mérito de los individuos.

Dar a cada uno en razón del mayor bienestar para el mayor número de individuos involucrados. Esta hipótesis, muy utilizada por los utilitaristas, lleva a considerar el valor de utilidad social que una cierta distribución producirá y lleva a valorar qué utilidad social sea aportada por la decisión de satisfacer ciertas pretensiones sanitarias individuales. Por lo tanto, la opción de producir el mayor bien para el mayor número de personas podría implicar la sustracción de importantes beneficios a una minoría. El *límite*, por lo tanto, es el de aceptar en nombre de un incremento general de productividad, inequidades marginales como la violación de derechos humanos fundamentales respecto a un reducido número de personas.

Dar a cada uno en razón de su posibilidad de pagar o de sus pagos precedentes a pólizas de seguro, según una pura lógica de mercado. Según este punto de vista, nadie debería ser obligado a sostener los costos de la asistencia de alguien más. Todos ven en esta posición, *el límite* ligado a inequidades aberrantes respecto a los menos favorecidos de la sociedad y el desconocimiento hipócrita de las condiciones de injusticia, que preceden a la diferente capacidad contributiva.

Dar a cada uno en razón de una equidad sustancial de oportunidad. Algunos han criticado esta postura, viéndola como una especie de dictadura del desaventajado, el cual reivindicaría un pleno derecho al tratamiento, dada la importancia del bien salud, cualquiera que fuese su condición económica.

Dar a cada uno en razón de un acuerdo previa y unánimemente sancionado (y como tal vinculante en el presente pero reformable en el tiempo) en nombre de una mutua ventaja social. Esta hipótesis contractualista exalta el valor de la racionalidad individual y las preferencias subjetivas, pero busca encuadrarlas a través de una negociación, que puede conducir a la imposición sobre la colectividad de nuevos impuestos para promover la salud de los más desaventajados socialmente.

Como se puede observar, las situaciones y las decisiones éticas nunca son fáciles.

La urgencia como un criterio para la *micro colocación* de los recursos

Este criterio tiene que ver con el tiempo que un paciente puede esperar antes de gozar de los beneficios de una cierta intervención médico-asistencial. Puede ser entendido como: a) El tiempo por el cual el paciente podrá gozar de los beneficios aportados por la intervención, tiempo calculado a partir del momento de la intervención misma; b) la prolongación de la vida de un sujeto, calculado desde el momento en que se da el diagnóstico.

Esta prolongación es mucho mayor si se interviene a un paciente con riesgo inmediato de muerte, un paciente para el que la esperanza de vida, si no se interviene, sería escasa. Se puede dar el caso de que dos pacientes tengan una esperanza de vida idéntica, según lo mencionado en el inciso *a*. Sin embargo, si el primer enfermo no puede esperar la intervención más de un día y el otro puede esperar por más tiempo, el primer paciente tendría prioridad sobre el ejemplo *b*. Este criterio de urgencia puede ser expresado como el *inverso del tiempo de espera permitido dentro del cual se debe intervenir si se quiere realizar un beneficio terapéutico*. El criterio de urgencia puede ser especificado en diversos subcriterios respecto a los factores que componen el beneficio médico neto: un mismo paciente puede tener tiempo de espera bajo (urgencia alta) para mejorar la propia calidad de vida, antes que para incrementar la esperanza de sobrevivir, o reducir los costos de la intervención.