

La equidad y la justicia son términos complementarios.  
 Suelen confundirse, sobre todo cuando refieren a distribución de recursos.  
 Complejidad y oscuridad aumentan cuando se trata el derecho a la salud.  
 Cómo satisfacer esta promesa, considerada políticamente correcta,  
 despierta febriles discusiones.  
 Opina un sanitarista

# Equidad y justicia en la distribución de recursos: Observaciones (Equity - Inequity)

Eduardo Güimil

Medico (UBA), Cirujano Plástico,  
 Magister en Salud Pública, Consultor en Administración Hospitalaria

Inmanencia 2015;4(2):7-8



En Principios de Ética Biomédica, TL Beauchamp y JF Childress<sup>1</sup> resumieron los pilares de la práctica médica en cuatro principios, fundantes de la ética principialista: respeto por la autonomía del paciente, no maleficencia, beneficencia y justicia. Su referencia a la justicia se ajustaba a la justicia distributiva. Norman Daniels<sup>2</sup> desarrolló este principio en los EEUU, que no es un estado de bienestar como lo son los países europeos de postguerra.

En 1978, la OMS planteó en Alma Ata<sup>3</sup> en el programa Salud para todos en el año 2000, donde se concibe la equidad con proyección universal. La meta no se alcanzó jamás.

En 1992 Margaret Whitehead revisó el concepto de equidad para la OMS<sup>4</sup>. Observó desigualdades y diferencias en las ofertas de los sistemas de salud efectuados en países europeos y planteó cómo eliminarlas.

En lengua inglesa, equity y equality son palabras homófonas: se las puede confundir pues suenan de manera similar pero su significado difiere. Equity y su antónimo inequity se refieren a los términos justicia e injusticia. El binomio equality - inequality apunta a igualdad, paridad, uniformidad versus desigualdad, desemejanza, heterogeneidad. La OMS opta por el concepto de equity-inequity y hace de la equidad un concepto moral del ámbito de la justicia social rela-

cionado con la justicia distributiva y lo diferencia de la simple igualdad, de la equivalencia matemática.

Los perfiles de salud se definen comparando indicadores tales como la accesibilidad, la atención ofrecida y los resultados obtenidos.

Dicho perfiles pueden variar por:

- causas de naturaleza biológica (Por ej. .predisposición),
  - decisiones dependientes del libre albedrío o elección (Por ej. conducta de riesgo) entre las cuales se distinguen
  - elección de conductas saludables o preventivas (Por ej. no consumo de sustancias tóxicas),
  - elección de conductas dañosas (Por ej. consumo de sustancias tóxicas) o
  - exposición a noxas (Por ej. Ambiente insalubre).
- Asimismo aparecen acciones injustas y evitables:
- dificultad en el acceso a la salud (económico, cultural, social, geográfico) y
  - selección natural inversa, o “ley de atención inversa” “los pobres tienen más necesidades” y sería injusto la igualdad matemática.

Cada uno de los ítems citados exige para su mejoría o solución adoptar acciones diferentes que varían entre la mejora de la prevención primaria hasta intervenciones intensivas en el grupo de riesgo ya enfermo.

Cuando se analiza el principio de justicia, este puede analizarse a través de cuatro enfoques:

1- Los **liberales**, opinan que la salud pertenece al ámbito de la vida privada y está reglado por la relación de mercado, la libre elección, la minimización del estado y los programas de beneficencia para pobres.

2- Los **utilitaristas** (Jeremy Bentham, Stuart Mill)<sup>5,6,7</sup> estiman prioritario maximizar la suma de utilidades, la utilidad que adquiere la sociedad sobre los principios liberales.

3- Los **contractualistas**, (John Rawls)<sup>8</sup> aprecian que el contrato social debe ser acordado a través de procedimientos que comprendan el principio de igualdad de oportunidades.

4- Los **igualitaristas** lo fundan como resultado de un contrato social justo. Amartya Sen<sup>9</sup> concibe la justicia en función de las capacidades, ligado al derecho de desarrollo socioeconómico y cultural, mientras Michel Foucault relaciona la justicia con el ejercicio del poder; en realidad justicia contra ese poder, y la tradición marxista para la cual la: justicia es igualdad de distribución plena, según necesidades colectivas que deben satisfacerse socialmente.

Así, los conceptos de justicia sugieren repartir beneficios o recursos según las reglas del mercado, según su aporte, mérito, o utilidad social, dando a cada uno una porción igual acorde con la necesidad de cada cual. Todo parece injusto por separado, aunque la aplicación de proporciones de estos conceptos permiten acercarnos a la justicia.

Se superponen dimensiones y categorías diferentes en el campo de la justicia social. El concepto ético exige visibilizar las prioridades de la asignación de recursos, su administración eficiente, eficaz y no corrupta y aceptarlo como cuestión político- técnica de orden social. Si esto es injusto (inequity), atraviesa todas las dimensiones (moral, ética, política, técnica, social) por igual, y el resultado son malos indicadores de salud en la población. Y como ya se dijo es

innecesario, evitable e injusto.

Como ejemplo, vale tomar un solo indicador reconocido de funcionamiento del sistema de salud de un país: la mortalidad infantil. Japón, Corea del Sur, Israel, los países de Europa occidental, Canadá y Cuba, exhiben tasas iguales o menores a 4 muertes por cada mil nacidos vivos. Argentina con una tasa de 12,5 /1000 nos interpela sobre las 8 muertes en exceso que deben ser consideradas innecesarias, evitables e injustas que marcan la inequidad del sistema de salud. En este caso particular la muerte concreta trae a la realidad el concepto puramente ético.

### Conclusiones (inconclusiones)

La tesis que defiende y reconoce el derecho a un mínimo sanitario decente, se invalida en un sistema de salud como el argentino, altamente fragmentado, donde financiadores y prestadores carecen de coordinación y de normas comunes. La sociedad, segmentada en forma desigual, recibe la "Inequity", para no decir injusticia, término que suena feo y que nadie quiere escuchar.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Beauchamp TL, Childress JE. Principios de Ética Biomédica, Barcelona: Masson; 1999.
2. Daniels, Norman. Just Health Care, Cambridge University Press, New York, 1985,
3. [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)
4. Whitehead M. The Concept and Principles of Equity and Health. International Journal of Health Services. 1992;22:429-45. 18.
5. Bentham, J. (1817 [1983]). Deontology together with A Table of the Springs of Action and The Article on Utilitarianism. En: Goldworth, A. The Collected Works of Jeremy Bentham. Alderley: Clarendon Press.
6. Mill J. S., El utilitarismo, Alianza, Madrid 2002.
7. Meter F, Evans T. Dimensiones éticas de la equidad. En: Evans y colb, editores. Desafío a la falta de equidad en salud. Washington DC: Fundación Rockefeller/Organización Panamericana de la Salud; 2002. p. 27-36.
8. Rawls, J. Teoría de la justicia, FCE, Madrid 1985.
9. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud?. Rev Panam Salud Pública. 2002;11(5/6):302-09.

