



Revista de Bioética y Derecho

E-ISSN: 1886-5887

obd@pcb.ub.es

Universitat de Barcelona

España

DE ORTÚZAR, MARÍA GRACIELA

Responsabilidad social vs. Responsabilidad individual en salud

Revista de Bioética y Derecho, núm. 36, 2016, pp. 23-36

Universitat de Barcelona

Barcelona, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78344806003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona



FLACSO
ARGENTINA

Revista de Bioética y Derecho & Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

ARTÍCULO

Responsabilidad social vs. Responsabilidad individual en salud

Social responsibility vs. Individual responsibility in Health Care

MARÍA GRACIELA DE ORTÚZAR *

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA

La Revista de Bioética y Derecho se creó en 2004 a iniciativa del Observatorio de Bioética y Derecho (OBD), con el soporte del Máster en Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona: www.bioeticayderecho.ub.edu/master. En 2016 la revista Perspectivas Bioéticas del Programa de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) se ha fusionado con la Revista de Bioética y Derecho.

Esta es una revista electrónica de acceso abierto, lo que significa que todo el contenido es de libre acceso sin coste alguno para el usuario o su institución. Los usuarios pueden leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir o enlazar los textos completos de los artículos en esta revista sin pedir permiso previo del editor o del autor, siempre que no medie lucro en dichas operaciones y siempre que se citen las fuentes. Esto está de acuerdo con la definición BOAI de acceso abierto.

* María Graciela de Ortúzar. Prof. Adjunta Ordinaria en Ética, UNPA. Prof. Adjunta en Ética Aplicada, UNLP. Investigadora Adjunta CONICET, Argentina. Correo electrónico: mariagracieladeortuzar@gmail.com

Resumen

En el marco general de la actual “Sociedad de la Información” y en el marco específico de la denominada “gobernanza en salud”; reaparece el viejo problema de la atribución de responsabilidad individual en salud. Se presume que el mayor acceso al conocimiento y a la información sanitaria conlleva mayor responsabilidad individual sobre las elecciones de estilos de vida. Mi hipótesis general es que, bajo el discurso ideal de la autodeterminación informativa y la co-responsabilidad individual en salud —discurso propio de la gobernanza en salud—; se esconde la estrategia (neoliberal o libertaria) de limitación o negación de la atención de la salud pública en la responsabilidad individual (“the argument of desert”). Dicha estrategia justificaría los consiguientes recortes de poder distributivo del Estado en salud pública, reforzando las desigualdades sociales originales. Este discurso ignora que el acceso al conocimiento constituye un determinante social de la salud, y como tal, exige una estricta responsabilidad social en la prevención de la salud comunitaria.

Palabras clave: responsabilidad individual en salud; determinantes psicosociales; derecho a la información; decisiones compartidas; responsabilidad social en salud.

Abstract

Within the general framework of present-day “Information Society” and in the specific context of so-called “governance in health”, the old issue of individual attribution of responsibility in health comes back to the fore. It is presumed that wider access to knowledge and information on health-related matters implies greater individual responsibility on choices concerning life-styles. My overall hypothesis is that, behind the ideal discourse on informational self-determination and individual co-responsibility in health matters —a usual discourse in health governance— lies a (neo-liberal or libertarian) strategy of limitation or denial of public health care based on individual responsibility (the argument of desert). Such strategy would justify the corresponding cuts in the distributive power of the State in matters of public health, thus reinforcing original social inequalities. This discourse ignores the fact that access to knowledge is a social determinant of health and, as such, requires strict social responsibility in preventive care in matters of communitarian health.

Keywords: individual responsibility in health care; social determinants of health care; right to information; shared decisions; social responsibility in health care.

Introducción

En la actual “Sociedad de la Información” —en adelante SI—, y bajo el nuevo modelo de “gobernanza en salud”¹, resurge un viejo problema, el cual constituye nuestro presente objetivo de análisis: *la atribución de responsabilidad individual en salud*.

Bajo esta visión ideal de la SI, el *ciudadano activo, informado y sofisticado*, elige sobre los cuidados de su salud, siendo *co-responsable* por las decisiones que toma sobre su propia salud y sobre el mismo sistema de salud.

Esta concepción descansa en la premisa que sostiene que el mayor acceso al conocimiento, acceso posible gracias a las nuevas tecnologías², implicaría mayor responsabilidad sobre las elecciones de estilos de vida individual. Pero, *¿es el individuo el responsable último de su salud por sus elecciones de vida? ¿Existe un criterio justo para atribuir dicha responsabilidad individual en nuestra sociedad real? ¿El acceso temprano a la información/ conocimientos de riesgos sanitarios implica responsabilidad individual o responsabilidad social en salud? ¿Depende la modificación de la salud de las decisiones personales del ciudadano? ¿Qué consecuencias políticas y económicas tiene reconocer dicha responsabilidad?*

En pos de responder a estas preguntas centrales, y trazar los vínculos entre las mismas, dividiré el trabajo en dos partes. En la *primera parte* (I) comenzaré con un estudio histórico, analizando si es posible establecer un *criterio justo para asignar el grado de responsabilidad individual por salud*, avanzando luego con el estudio del citado problema bajo el modelo actual de la “gobernanza en salud”. En la *segunda parte* (II) analizaré cómo *la co-responsabilidad individual en salud, encubre viejos argumentos libertarios —o liberales de derecha— a favor de la restricción del acceso a la salud de los más necesitados*.

Mi hipótesis general es que bajo el *discurso ideal* de la autodeterminación informativa y la co-responsabilidad individual en salud —discurso propio de la “Gobernanza en salud”—, se esconde la vieja estrategia (neoliberal de derecha o libertaria) de limitación o negación de la atención de la salud pública de los más necesitados en base a la responsabilidad individual (“*the argument of desert*”). Dicha estrategia justificaría los consiguientes recortes de poder distributivo del Estado en salud pública, reforzando las desigualdades sociales originales. Este discurso ignora que el acceso al

1 AUTOR (2014, 63-86).

2 Me refiero aquí tanto a las Tecnologías de la Información y Comunicaciones —en adelante TICs— como así también a la tecnología genética, la cual permitiría el acceso anticipado a la propia información genética. Ej. test de predisposición genética.

conocimiento es un “determinante *social* de la salud” y, como tal, exige una estricta *responsabilidad social* en la prevención de la salud comunitaria.

I. Un poco de historia: ¿responsabilidad en salud?

Desde hace ya varias décadas, la responsabilidad *social* en salud ha sido defendida por autores liberales igualitarios, como los rawlsianos Norman Daniels³, Dan Brock⁴, y Ronald Green⁵. Dichos autores han contribuido a fundamentar, ética y políticamente, el derecho a la salud; participando activamente para promover la aplicación del *seguro público de salud* en su propio país (Estados Unidos)⁶. Su propuesta se basa, en términos generales, en: a) la eliminación de las barreras financieras al acceso de la salud (eliminación de la no igualdad de acceso social); y b) la eliminación de la estratificación por riesgos de salud propia del sistema privado (eliminación de la propiedad absoluta de las ventajas individuales naturales).⁷

Este sistema no excluye del acceso a la salud al que no puede pagar el seguro, basando el mismo en el principio solidario de cooperación social: compartir riesgos y beneficios, subsidiando al individuo de mayor riesgo a través del individuo de menor riesgo. Su justificación se basa en la intuición de que las ventajas sociales y naturales son moralmente arbitrarias⁸. Este marco normativo de corte *rawlsiano* subraya la importancia de la responsabilidad social y rechaza la evaluación de la responsabilidad individual debido a que el mismo *esfuerzo* de las personas está influenciado por sus capacidades naturales, sus conocimientos, sus características genéticas, y su contexto socioeconómico.

Sin embargo, no todos los igualitarios comparten la premisa de la *no* responsabilidad individual en salud. Algunos, como Ronald Dworkin, defienden la necesidad de evaluar el *esfuerzo* de las personas. Dworkin⁹ considera que existe responsabilidad social de compensar factores sociales y genéticos fuera del control del individuo (*brute luck*), pero no aquellos que son

3 DANIELS, (1983: 36).

4 BROCK (1994).

5 GREEN (2001: 22-23).

6 BROCK (1994) y DANIELS (1983).

7 DANIELS (1994: 117).

8 Las personas no son propietarias de los talentos y capacidades naturales no merecidas. Por ello, los aventajados por naturaleza no merecen un punto de partida más favorable en una sociedad justa, y la igualdad requiere que los riesgos se compartan y que las capacidades por debajo del rango normal sean compensadas y/o restablecidas.

9 DWORKIN (1982: 185-246).

responsabilidad individual (*option luck*). En tal sentido, objeta el no reconocimiento del *esfuerzo* y de la responsabilidad individual por los riesgos libremente elegidos. Desde su *concepción ideal del seguro hipotético*, Dworkin sostiene que cada persona debería decidir prudentemente el grado de protección futura que desea, responsabilizando al individuo por sus decisiones racionales *ex ante*. Esto no implica reconocer que existe la obligación de compensar por riesgos que son producto de la *mala suerte* con el fin de colocar a las personas en posiciones de igualdad. La política del seguro trata de hacer a las personas iguales antes del riesgo o de su mala suerte, pero no después de las circunstancias en la que ocurre la mala suerte, responsabilizando a las personas por sus elecciones.

Ahora bien, el citado autor *no brinda un criterio* para determinar en las sociedades reales la responsabilidad individual. Sin un criterio para distinguir entre la mala suerte y las opciones de suerte, difícilmente se pueda atribuir responsabilidad individual como política pública en la práctica sanitaria. Al atribuir al individuo responsabilidad por sus malas elecciones (ej. caso del fumador) se estaría aplicando *una visión estática, determinista y única de evaluación de la responsabilidad* que condena irreversiblemente al individuo por su mala elección¹⁰.

I.1. ¿Criterio para atribuir responsabilidad individual en salud?

Roemer propone un *criterio político* para medir la *responsabilidad individual por tipos*. Asume que diferentes clases de ciudadanos deberían tener diferentes criterios de evaluación de responsabilidades. Por ejemplo, supongamos que la persona del tipo I es una mujer de 60 años, blanca, profesora universitaria, cuyos padres dejaron de fumar cuando ella tenía 7 años. Esta persona fumó la media de años para su tipo (ocho años). En el segundo caso, es un hombre de la misma edad, 60 años, negro, trabajador de una fábrica de metal, con una historia familiar de padres fumadores. En este caso, también ha fumado la media de su tipo, 20 años. Dicho autor concluye que ambas personas deberían ser indemnizadas de la misma manera por la sociedad, por el daño sufrido (víctimas de cáncer de pulmón), y en función de su grado comparable de responsabilidad. El grado de responsabilidad es deducible, entonces, de los componentes observables de su comportamiento sobre los cuáles se basa la transferencia distributiva.¹¹

Pero, si la responsabilidad es evaluada en el interior de *grupo estáticos*, entonces su estratificación por tipos *refuerza la desigualdad en el punto de partida*, obligando a las personas a

10 Por “visión estática, determinista y única de evaluación de la responsabilidad” me refiero a la condena absoluta del individuo ante una mala elección, lo cual implica negarle una futura oportunidad de revertir su comportamiento.

11 ROEMER (1993:166).

actuar de acuerdo a la media, negando su libertad para superar la media establecida —libertad más allá del tipo—, e ignorando también la importancia de determinar las condiciones básicas que se requieren para atribuir responsabilidad.¹² Si la libertad se mide sólo por grados y en referencia al grupo, el análisis sería parcial y no se podría determinar la responsabilidad real. Pensemos nuevamente en un ejemplo: *¿qué pasaría si una persona sufre un accidente practicando deportes de alto riesgo?* De acuerdo al criterio de la responsabilidad individual, los costos del accidente no deberían ser compartidos por todos en el sistema público. Ahora bien, si consideramos dos casos, un caso de clase alta, para la cual la práctica de esquí es un deporte habitual, y un segundo caso de clase baja, una persona que ha sido beneficiado con el sorteo de televisión de un pasaje para esquiar en las vacaciones de invierno en un lugar soñado, ¿condenaríamos a esta segunda persona a negarle el acceso a la salud por arriesgarse a practicar un deporte no habitual para su clase? En la vida cotidiana solemos asumir riesgos “razonables”, temporarios, entre otros. No por ello consideramos que deberíamos ser excluidos del sistema de salud si, como consecuencia de dichos riesgos, sufrimos un accidente o un problema general de salud. Por ejemplo, en alguna situación especial podemos decidir tomar alcohol, aun cuando moderadamente, para festejar un evento; o emprender una mini aventura; o realizar un breve paseo en velero, entre otros. El riesgo existe en la vida cotidiana. Y podría ser considerado un rango razonable de aventuras (*reciprocidad razonable en los riesgos* —Wikler—).¹³

Por lo tanto, no es posible determinar un criterio de atribución de la responsabilidad individual en salud. En el caso del criterio propuesto por Roemer, el mismo es arbitrario por entablar una fuerte asociación entre los riesgos de comportamiento y el estatus socio económico, la “raza” y la etnia. Paradójicamente, *las personas pobres y menos educadas serán más “responsables” de acuerdo al criterio propuesto por dicho autor, reforzando la desigualdad originaria y excluyendo a los más necesitados del acceso a la salud.* Toda evaluación de la responsabilidad debe partir de un mínimo nivel de igualdad que garantice la libertad de decisión. Es por ello que no se puede comparar

12 Resulta aún de mayor complejidad decidir cuándo dos personas con diferentes circunstancias han ejercido un grado comparable de responsabilidad. Si los criterios para medir las circunstancias son precisamente criterios establecidos a través de un debate público, que no escape del condicionamiento social y del relativismo, entonces difícilmente podríamos separar las circunstancias de las elecciones. Esto implica que las variables elegidas por la sociedad para medir el grado de responsabilidad (por ejemplo, ocupación, grupo étnico, predisposición genética, género, historia familiar de padres fumadores, y nivel de ingreso), considerados como indicadores para determinar las circunstancias que están más allá del control del individuo, también dependerían de circunstancias, y los tipos serían relativos a las preferencias sociales impuestas en su elección.

13 WIKLER (1978: 303-338).

la responsabilidad individual en salud entre grupos que gozan de condiciones de igualdad y libertad diferentes.¹⁴

I.2. Responsabilidad individual y gobernanza en salud: ¿reforzando desigualdades?

El modelo actual de *gobernanza en salud* propone la creación de nuevos espacios públicos horizontales de participación ciudadana, de organizaciones privadas y corporaciones, para la toma de decisiones del sistema de salud. En este contexto se ha sugerido, desde una visión crítica, una teoría de *diálogo colaborativo* como estrategia deliberativa de gobernanza para la creación de soluciones públicas, que exige condiciones para el *diálogo auténtico*: inclusividad (todos los afectados), diversidad (representación de diversidad de intereses), interdependencia (cada uno de ellos gana y ofrece algo con la cooperación). Cada participante persigue su interés con el fin de encontrar una solución que pudiera ser aceptable para todos los participantes (*interest based bargaining*).¹⁵

Por lo tanto, este modelo supone, *en primer lugar*, un cambio social o una nueva forma de sistema sanitario *participativo*, donde los pacientes asumen nuevos roles en su relación con los profesionales a través de su participación individual (decisiones por participación activa del paciente) y colectiva (decisiones sanitarias por participación de representantes de asociaciones de pacientes). En *segundo lugar*, la mayor participación del paciente en el modelo horizontal de salud es concebido gracias al ideal del “*ciudadano activo*”, *informado y sofisticado* (*Ciberdemocracia*). El sistema enfatiza, *en tercer lugar*, la corresponsabilidad del paciente por sus decisiones de salud y por el sistema de salud.

Sin embargo, la gobernanza no considera *las asimetrías de poder* que impiden el diálogo auténtico y el ejercicio de la libertad, reproduciendo las desigualdades pre-existentes. En un contexto de desigualdad, las condiciones de inclusividad del marginado serían sólo formales, y existiría una importante *asimetría de poder*. Los participantes más débiles no pueden, aun reclamando y denunciando la injusticia, cambiar los acuerdos a los que llegan los participantes más fuertes. Esto no impide el ejercicio de la gobernanza y la misma aceptación de la injusticia como algo inevitable, legítimo. Por ello, si bien el *requisito de la inclusividad* tendería a revertir esta situación desde el punto de vista normativo, *las asimetrías de poder* en el mundo contemporáneo muestran

14 ANDERSON (1999: 287-337).

15 INNES AND BOOHER (2003).

que no basta con la *inclusión formal* de los más débiles. La creación de consejos, asociaciones de pacientes, entre otros, no garantiza una mayor equidad en salud, dado que reproducen las asimetrías de poder preexistentes en la estructura. Más aún, *la participación débil —sin efectiva capacidad decisoria— justificaría la reproducción de las desigualdades bajo una falsa apariencia de transparencia y legalidad*.¹⁶

En síntesis, el discurso de la participación y la responsabilidad sanitaria en la decisión del ciudadano activo e informado, discurso propio de la gobernanza en salud, ignora las desigualdades estructurales que impiden el libre ejercicio de la toma de decisiones. Al igual que el criterio de responsabilidad individual de Roemer, este modelo reproduce las desigualdades pre-existentes. Por ejemplo, en sociedades con fuertes desigualdades de ingreso los ciudadanos no son ciudadanos activos, sofisticados, sino “ciudadanos de segunda” que sufren, mayoritariamente, la *privación relativa*, su *estatus social* de subordinados, y el menosprecio de los que “deciden libremente”. Esto conlleva, a nivel *individual*, mayor estrés y sufrimiento psicológico, y, a nivel *colectivo*, mayor violencia, desconfianza y falta de compromiso y participación por relaciones sociales débiles. *¿Cómo puede, entonces, responsabilizarse al individuo por su salud?*

II. Responsabilidad individual y la restricción del acceso a la salud

En oposición a los defensores del seguro público de salud, los libertarios —o “liberales de derecha”— han defendido históricamente los seguros privados de salud¹⁷, negando que exista la responsabilidad social en salud o, peor aún, negando el reconocimiento del mismo derecho a la salud (Nozick-Engelhardt)¹⁸. Pero sí justifican la responsabilidad individual en salud en base al “*argumento del mérito*”. Dicho argumento sostiene que la mayoría de las enfermedades que ocurren en la actualidad son aquellas que las personas se ocasionan a sí mismas, al asumir riesgos por *elecciones de estilos de vida* (ej., cáncer en el caso de los fumadores, cirrosis de hígado en el caso de los alcohólicos, problemas de arterias coronarias por exceso de peso, entre otros).

Los *estilos de vida* son considerados como elecciones *voluntarias*, que reflejan concepciones de buena vida, y sobre las cuales las personas tienen responsabilidades. Por ejemplo, una persona puede decidir morir prematuramente en base a su preferencia en el tiempo, viviendo al máximo el presente —sin considerar su futuro—; ya sea sometiéndose de manera abusiva a la droga; o eligiendo

16 FLORES (2010: 28-38).

17 AUTOR (2004).

18 NOZICK (1974).

una profesión riesgosa (ej., ser bombero, alpinista, etc.); o, simplemente, por seguir valores (epistémicos y metafísicos) en los cuales se descuida la salud.¹⁹ Pero, ¿son los estilos de vida elecciones voluntarias?

II.1. Responsabilidad individual por elecciones en estilos de vida (“The argument of desert” —Shapiro—)

Shapiro²⁰, uno de los grandes defensores de la responsabilidad individual en salud, sostiene que para demostrar la voluntariedad de los riesgos basta considerar los siguientes puntos:

- a. los riesgos de salud por estilos de vida son tan voluntarios como las elecciones que las personas realizan de acuerdo a sus ambiciones y concepciones de buena vida;
- b. sólo unos pocos riesgos de salud son cuestiones de “suerte bruta”, existiendo un número indeterminado de riesgos que responden a estilos de vida y causas mixtas;
- c. debido a que existen buenas razones para no categorizar la mayoría de los riesgos de salud como involuntarios, deberían considerarse la mayoría de éstos como voluntarios, y favorecerse un sistema basado en la clasificación por riesgos;

Si consideramos que los riesgos de salud responden sólo a elecciones de estilos de vida, deberíamos suponer que todas las personas tienen las mismas capacidades para actuar en pos de su mejor interés y que, por lo tanto, pueden ser igualmente responsables por el daño que se causan sí mismas. Como el propio Shapiro reconoce en el caso de los niños, *existen factores sociales, educacionales y psicológicos que afectan las posibilidades de elección, desarrollo y prevención de riesgos de salud de las personas*. Estas personas adultas no han logrado alcanzar en su proceso de socialización y formación de emociones primarias²¹ el desarrollo de las capacidades básicas para su autonomía. Difícilmente podemos sostener que las personas que se dañan a sí mismas, provenientes en su mayoría de un contexto desafortunado, han elegido autodestruirse de modo igual a como se elige una profesión de acuerdo a ambiciones personales.

Por otra parte, las consideraciones sociales y psicológicas utilizadas para racionar recursos y excluir de la atención a pacientes en base a prejuicios sociales, convertirían al médico en juez moral

19 En un esquema ideal de mercado de salud, los igualitaristas rechazarían el sistema de riesgos por considerar que los riesgos de salud *no* son elegidos, siendo injusto discriminar a las personas por circunstancias relativas a su lotería natural o social.

20 SHAPIRO (1998: 84-132).

21 Falta de seguridad en la niñez, relaciones primarias no adecuadas, falta de seguridad física y económica.

del comportamiento de sus pacientes. (Ej.: excluir pacientes de lista de espera a trasplante por razones “sicológicas/sociales”). Si una persona no posee constancia en sus cuidados personales por haber nacido en un contexto desfavorable, sin la educación necesaria para garantizar sus propios intereses, no por eso podemos sostener que esa persona *elige* no cuidarse como parte de su plan de vida. Si las personas carecen de capacidades o recursos materiales para adquirir los bienes y servicios necesarios para optimizar su salud, no puede atribuírseles la absoluta responsabilidad por el cuidado de la misma.

Reconocer que existen múltiples factores que interactúan y causan las enfermedades, implica reconocer que no existe un criterio claro para precisar cuándo los riesgos de salud son voluntarios. Por lo tanto, no podemos concluir de lo anterior que la mayoría de los riesgos de salud son voluntarios y responden a estilos de vida.

II.2. ¿Mayor información en la SI, mayor responsabilidad individual en salud?

De acuerdo a Shapiro, los igualitaristas defenderían el argumento anterior (“*The argument of desert*”) en razón de que promueve la comunicación de la información sobre los riesgos, incentivando la responsabilidad del individuo por los cuidados futuros de su salud.²² Este razonamiento es, al menos, confuso y equívoco. Se sostiene que el conocimiento de los riesgos en salud fomentaría la promoción de la educación e información de la salud, permitiendo incentivar cuidados futuros y su consiguiente responsabilidad individual. *Pero, la importancia dada a la educación y al acceso a la información significa, en realidad, un reconocimiento indirecto de la falta de responsabilidad absoluta de las personas que carecen de información y/o educación.*

La prevención y la educación de la salud son herramientas fundamentales para el progreso de todo sistema de salud. De ello no se sigue que la exigencia de impuestos especiales por riesgos voluntarios de salud o, en el caso de altos riesgos, la exclusión directa del acceso al seguro de salud, constituirían “incentivos para la educación que permitirían disuadir al individuo de asumir riesgos y fomentar su responsabilidad en el cuidado de su salud”. Por ejemplo, una persona no dejaría de comer en exceso si se le informa que en el futuro no se le realizará un trasplante de corazón en caso de que sus arterias se vean obstruidas por el colesterol, debido a que la obesidad es una enfermedad con un fuerte origen social (*determinante social*)²³. Como mencionamos anteriormente, si consideramos la absoluta responsabilidad de los individuos en los riesgos de salud necesitaríamos

22 SHAPIRO (1998:111-117).

23 WILKINSON (2009).

establecer en base a qué criterio el médico juzgaría el comportamiento moral de las personas para racionar recursos.

En *segundo lugar*, así como anteriormente mencionamos la asimetría de poder, es oportuno aquí mencionar la famosa *asimetría de la información*. En la década del 60 Arrow²⁴ mostró como en el marco del sistema privado de salud el consumidor está desarmado frente al médico. El paciente confía en su médico y supone que los servicios que éste le ofrece no están dictados por su interés egoísta. Dado la asimetría de la información (acentuada por el lenguaje técnico del médico) y dada la situación de vulnerabilidad del paciente (quien encuentra deteriorada su capacidad de comprensión por el *shock* emocional de su enfermedad y su condición social y capacidad general), sólo la buena voluntad de quien dispone de más información evita las estafas. No obstante, *el mercado supone que los individuos disponen todos de la información relevante, que son capaces de procesarla y que existe igualdad y simetría de la información*. En este punto, cabe preguntarse qué concepción de salud/atención de la salud estamos considerando bajo el nuevo modelo de ciudadano activo responsable.

No existen dudas de que el acceso temprano al conocimiento/ información en salud constituye un *determinante social de la salud*; pero *no* implica responsabilidad individual. La responsabilidad es *social* porque la causa de la existencia de estos ciudadanos y de sus enfermedades es la *pobreza relativa, basada en la diferenciación de estatus social*. Por ello, la equidad, y muy especialmente la equidad en salud, debe tener como objetivo mejorar la calidad de relaciones sociales. Y esta no es posible sin la distribución igualitaria de los ingresos y la destrucción de las relaciones jerárquicas y estigmatizadoras (en el interior del sistema sanitario y en la sociedad). En este sentido, entenderé aquí por equidad/igualdad una concepción de libertad *real* que permita al ciudadano ejercer la capacidad para elegir libremente su plan de vida en un *entorno social cooperativo*. El ciudadano, sólo, no puede modificar su entorno ni su salud.²⁵

En síntesis, el argumento de Shapiro falla por basarse en un sentido radicalmente individualizado del comportamiento saludable. El citado autor no brinda un criterio claro ni demuestra que la mayoría de las enfermedades sean producto de estilos de vida y elecciones individuales, ignorando las verdaderas causas últimas de las enfermedades (determinantes psicosociales).

24 ARROW (1963).

25 (AUTOR, 2014).

Conclusión general

La atribución de responsabilidad individual en salud no se encuentra justificada en la SI, por las siguientes razones:

No existe un criterio para atribuir responsabilidad individual en salud. En la práctica sanitaria la justificación de un criterio de evaluación de responsabilidad individual se encuentra viciada por una fuerte asociación entre los riesgos de comportamiento y el estatus socio económico, la raza y la etnia. Poder *decidir libremente* supone condiciones de igualdad real, es decir la satisfacción de las necesidades y el desarrollo de capacidades sociales. Las personas más desfavorecidas, que sufren mayores carencias e inequidades, constituyen grupos vulnerables que no gozan propiamente de capacidades de decisión libre. Su comparación con grupos más favorecidos que gozan de poder de decisión no sería conmensurable. Los primeros no son realmente libres, los segundos gozan de libertad. Paradójicamente, las personas pobres y menos educadas serán más “responsables”, reforzando la desigualdad originaria y excluyendo a los pobres del acceso a la salud.

Los “estilos de vida individuales” no constituyen los elementos centrales para determinar responsabilidades en salud. Implicaría suponer que todas las personas tienen las mismas capacidades para actuar en pos de su mejor interés y que son igualmente responsables por el daño que se causan sí mismas. Pero existen factores sociales, educacionales y psicológicos que afectan las posibilidades de elección, desarrollo y prevención de riesgos de salud de las personas (“determinantes psicosociales de la salud”). He aquí la importancia de evaluar los determinantes estructurales (ingresos, educación, género, ocupación, etnia, posición social) e intermedios (condiciones materiales, cohesión social, factores psicosociales, conductas y factores biológicos) que condicionan la salud.

Atribuir las cargas de la responsabilidad en el individuo por acceso temprano a la información en la SI no tiene un sentido preventivo ni constituye un incentivo para el cuidado de la salud, sino que equivale a restringir o negar el acceso a la salud. Este argumento descansa en una falsa premisa (*mayor información, mayor responsabilidad individual por salud*). Dicha premisa confunde la responsabilidad social que cabe por el conocimiento anticipado de la salud (determinante social de la salud), con una supuesta responsabilidad individual *absoluta* por parte de una nueva ciudadanía activa, informada y sofisticada. No se niega que el acceso al conocimiento constituye un *determinante social clave de la salud*, pero éste no puede ser evaluado a nivel individual, sino a nivel social, conjuntamente con los restantes determinantes psicosociales de la salud. Asimismo, la consideración ideal de una ciudadanía activa, equivale a considerar condiciones igualitarias de toma de decisiones en salud (diálogo auténtico); sin tener en cuenta las asimetrías de poder y las asimetrías de información características del campo de la salud (Arrow). El ciudadano sólo no puede

modificar su situación de salud, porque la misma depende de su entorno social y sanitario, y de las políticas públicas aplicadas para actuar sobre dicho entorno (responsabilidad social).

Por lo anterior, concluyo que la atribución de responsabilidad individual en políticas públicas sanitarias sólo reforzaría las injusticias de clase y las desigualdades originales, condenando a la víctima y aplicando políticas sanitarias que recorten el poder distributivo del Estado e impidan ejercer un derecho básico del ciudadano: *el derecho a la atención igualitaria de su salud*.

Bibliografía

- ◆ ANDERSON, E., "What is the point of equality", *Ethics* 109, January 1999, 287-337.
- ◆ ARROW, K, "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *The American economic review*, Vol. LIII, Dec 1963, Nro. 5.
- ◆ BANCO MUNDIAL, *Informe Invertir en salud*, Washington, 1993.
- ◆ BROCK, D; DANIELS, N; "Ethical Foundations of the Clinton Administration's Proposed Health Care System", *JAMA*; April 20, 1994, vol.271, No. 15.
- ◆ DANIELS, N, "Health care needs and distributive justice", en DANIELS N, BAYER R, CAPLAN A, COMPS. *In Search of Equity; Health Needs and the Health Care System*. New York: Plenum, 1983, p.36.
- ◆ DANIELS, N, *Just health Care*, Cambridge, Cambridge University Press, 1985.
- ◆ DANIELS, N, "Individual differences and just health care", en MURPHY, et al, *Justice and Human genome Project*, California, 1994, p.117.
- ◆ AUTOR, "Gobernanza" y "gobernanza en salud": ¿Una nueva forma de privatizar el poder político?, *oxímora, revista internacional de ética y política*, ISSN 2014-7708; Nro. 5, Barcelona, 2014, pp. 63-86.
- ◆ AUTOR, "¿Equidad y gobernanza en salud?... Pensar lo Propio", *Perspectivas Bioéticas en las Américas*, FLACSO, Año 19, Nro. 37, segundo semestre 2014. (En prensa).
- ◆ AUTOR "El uso no médico de la información genética individual", en BERGEL, S, *Genoma humano*, Bs. As., Rubinzal-Culsoni, 2004.
- ◆ DWORKIN, R, "What is equality?", *Philosophy and public affairs*, 10, 185-246, 1982.
- ◆ DWORKIN, R, *Sovereign virtue*, Cambridge M., Harvard University Press, 2000.
- ◆ ELGARTE, J, *An evaluation of Innes and Borres collaborative policymaking*, Inédito, Bélgica, 2005.

- ◆ FLORES, W, “Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas”; *Revista de Salud Pública*, 12, 1, 28-38, 2010.
- ◆ GREEN, R, “Access to healthcare: going beyond fair equality of opportunity”, *The American Journal of Bioethics*, Spring 2001, vol.1, Number 2, pp 22-23.
- ◆ INGELHARDT, R, *El cambio cultural en las sociedades industriales avanzadas*, Madrid, Centro de Estudios Sociológicos, 1991.
- ◆ INNES AND BOOHER, Collaborative policymaking: governance through dialogue; in: *Deliverative policy analysis. Understanding governance in the network society*, Hajer, Maarten and Hendrik Wagenaar eds, Cambridge, Cambridge University Press, 2003, pp. 33- 59.
- ◆ NOZICK, R, *Anarchy, State and Utopia*, New York, Basic Books, 1974. Véase ENGELHARDT, T, *The foundation of Bioethics*, New York, Oxford University Press.
- ◆ ROEMER, J. A Pragmatic Theory of Responsibility for the Egalitarian Planner. *Philosophy and Public Affairs* 1993; 22: 146-66. p. 166.
- ◆ SHAPIRO, D, "Why even egalitarians should favor market health insurance?", *Social Philosophy and Policy*, vol.15, Nro.2, Summer 1998, pp. 84-132.
- ◆ TSAGANOURIOUS, Z, *Cyberdemocracy*, London, Routledge, 1998.
- ◆ WIKLER, D, “Persuasion and coercion for health issues in government efforts to change life style”, *Milbank Memorial Fund. Quarterly*, 56, 3, 1978, pp 303-338.
- ◆ WILKINSON, R, Pickett, K, *Desigualdad: un análisis de la infelicidad colectiva*, TURNER, 2009 ISBN 9788475069180, pp. 69-125.

Fecha de recepción: 4 de febrero de 2015

Fecha de aceptación: 15 de julio de 2015