

SOBRE EL LUCRO EN SALUD

Reflexiones desde una perspectiva ética¹

Dr. Jaime Burrows²

Introducción

Lucro es un concepto controvertido. La definición dada por la Real Academia de la Lengua Española señala que lucro es la “Ganancia o provecho que se saca de algo” (1); sin embargo, erróneamente o no, es habitual que el término lucro sea entendido como un sinónimo de *usura*, es decir una ganancia “excesiva” que se saca de algo.

La distinción entre una acepción y la otra estaría dada por la idea de que una ganancia *excesiva* tiene una connotación negativa desde un punto de vista moral—sería excesiva aquella ganancia que está por sobre lo que sería justo recibir. Desde este punto de vista, la discusión ética se reduciría a definir cuándo una ganancia es excesiva, de modo tal de establecer un punto de corte que separe aquella ganancia moralmente legítima de aquella que no lo es.

Sin embargo, establecer un punto de corte que separe lo que es excesivo de lo que no lo es, no es una tarea fácil, y habitualmente se plantean criterios que en sí mismos son

¹ Premio de Ética Colegio Médico de Chile 2013

² Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo – Clínica Alemana de Santiago

controvertidos desde el punto de vista ético. Un ejemplo es el que podemos denominar “criterio estadístico”, según el cual una ganancia sería excesiva cuando es significativamente mayor a aquella que se obtiene por parte del conjunto de actores en una situación equivalente; este es el criterio detrás del establecimiento de las tasas máximas convencionales que pueden cobrar como interés las entidades financieras³. Pero, si se utiliza este criterio, ¿se puede decir que una décima porcentual más o menos realmente define lo que es *éticamente* correcto o no?

Un segundo ejemplo, tiene que ver con el hecho de tener una situación de ventaja que permite generar ganancias que no se obtendrían si la situación no fuese ventajosa; este es el caso, por ejemplo, de los denominados “monopolios naturales”, los que habitualmente son fuertemente regulados para que no exista una ganancia excesiva en virtud de su situación ventajosa. Nuevamente, el problema aquí consiste establecer cuál es el punto de corte que definirá si existe una situación de ventaja o no, y cuáles son las ganancias que en justicia se debiera obtener.

Ahora bien, cuando la discusión se centra en establecer el criterio según el cual se puede distinguir entre ganancias excesivas y no excesivas, parece ser que se ha asumido que siempre existe un nivel de ganancias que es moralmente correcto de

³ La ley chilena establece un límite de interés que no puede exceder en más de un 50% el interés corriente, ya sea que se pacte una tasa fija o variable. El interés corriente es el interés promedio cobrado por los bancos y sociedades financieras, en relación con las operaciones efectuadas durante cada mes calendario (2).

recibir. En otras palabras, hablar de ganancias “excesivas” implicaría la aceptación moral *a priori* del lucro.

En el ámbito de la salud se ha planteado un creciente interés en discutir respecto del lucro. Esto se ha visto especialmente influido en tiempos recientes por las informaciones sobre las ganancias de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que por su magnitud, han aparecido frente a la opinión pública como “excesivas”.

Sin embargo, especialmente considerando la discusión acerca del lucro en la educación que se ha dado durante el último tiempo, aceptar *a priori* que el lucro en la salud es moralmente aceptable, es también un tema debatible; la pregunta ya no es cuánto lucro es excesivo, sino si el lucro en salud es o no en sí mismo algo moralmente correcto. ¿Podemos decir que desde el punto de vista ético es correcto recibir una ganancia a partir de actividades relacionadas con la salud?

El lucro en la Salud

Desde una perspectiva histórica, no siempre se consideró éticamente correcto practicar la medicina con la expectativa de generar una ganancia. Si bien el juramento hipocrático habla de que el médico merece los “frutos de su arte” si cumple con lo jurado(3), lo cierto es que en la antigüedad clásica esta profesión no era entendida

como una actividad lucrativa. Al igual que en el caso de abogados, agrimensores, maestros y filósofos, la actividad profesional de los médicos correspondía a un *ars liberalis* (arte o profesión liberal). Esta denominación surge del hecho de que quienes las ejercían eran “hombres libres”, no sólo por no ser esclavos propiamente tales, sino por no necesitar de la retribución económica para poder subsistir (no ser “esclavos del trabajo”); por eso, quienes ejercían una *ars liberalis* eran habitualmente aristócratas, quienes lo hacían por un sentido de *amicitia* (amistad “cívica”), es decir, por el sentido de deber actuar a favor de otro para el buen funcionamiento de la sociedad (Bien Común), sin esperar recibir recompensa por ello (“liberalidad”). Por esta misma razón, cuando estos profesionales recibían algún tipo de retribución pecuniaria, esta se denominaba *honorarium* (honorario), el que era entendido como un regalo o una forma de demostrar gratitud y reverencia —de “honrar” al profesional por el servicio prestado. El honorario de ninguna manera se entendía como una obligación del paciente, ni como una forma de compra de un servicio(4).

Hoy en día afirmar que quien presta sus servicios profesionales en salud no debiera esperar una retribución económica o que ésta dependa de la gratitud de los pacientes, parecería absurdo; desde un punto de vista práctico, se arriesgaría a provocar tal nivel de desinterés en la profesión, que probablemente no habría médicos suficientes para satisfacer las necesidades de atención básica para la población. Sin embargo, el sentido profundo de la costumbre que durante la antigüedad hacía entender la profesión

médica como una actividad no lucrativa—el de una donación concebida como una obligación de contribuir al bienestar social— es una poderosa razón ética para al menos considerar la discusión acerca del lucro.

Ahora bien, un sistema de salud moderno, como el chileno, está compuesto no sólo por médicos atendiendo pacientes: se puede reconocer otros “prestadores”, tanto individuales (dentistas, kinesiólogos, psicólogos, etc.) como institucionales (hospitales, clínicas, consultorios); “aseguradores” (FONASA, ISAPREs), “proveedores” (que entregan los insumos para las prestaciones, como laboratorios farmacéuticos) y “reguladores” (autoridades de salud). En este sistema, coexisten actores públicos y privados, con fines de lucro y sin fines de lucro, que se interrelacionan a distintos niveles, tejiendo un entramado cuya complejidad dificulta aún más el análisis de sus acciones desde el punto de vista ético. En este contexto, la pregunta si se puede lucrar o no con la atención de los pacientes, supera el nivel de la “relación clínica” (relación entre profesional de la salud y paciente), pasando al nivel de la propia organización del sistema de salud. Por lo tanto el juicio moral, en vez de enfocarse en el nivel individual, pasa a enfocarse en el nivel colectivo o social.

La pregunta éticamente relevante en este nivel es entonces: ¿Es correcto o no organizar la atención de salud de manera tal de que algunos lucren con la atención de pacientes mientras otros no lo hacen?

El punto de vista ético

Responder a tal interrogante no es una tarea simple, y como toda reflexión acerca de aspectos éticos, va a depender fundamentalmente del punto de vista que asumamos. Existe una multiplicidad de perspectivas éticas, desde las que podríamos situarnos; pero para simplificar nuestra discusión, las resumiremos en tres posibles perspectivas.

La primera de ellas es la denominada ética '*consecuencialista*', que como su nombre indica, está dada en consideración de la valoración de las consecuencias que puede tener una acción, en este caso el lucrar o no con las atenciones de salud⁴. El razonamiento lógico desde esta perspectiva señala que si las consecuencias de permitir que algunos lucren con la salud de otros tiene consecuencias positivas para la sociedad, entonces la participación de agentes cuyo fin sea el lucro, no sólo sería considerado éticamente permisible, sino necesaria.

Una perspectiva ética alternativa, de tipo '*deontológico*', de la cual la ética Kantiana es el paradigma, plantea que para saber si una acción es correcta o no, debe contrastarse con la posibilidad de que exista un regla universal que permitiese tal acción (test de universalización) —en este caso lucrar con la salud— que en último término se remite al imperativo categórico "Obra sólo según una máxima tal que puedas querer al mismo

⁴ El ejemplo más típico de Ética Consecuencialista es el *Utilitarismo*, que considera correcta aquella acción cuyas consecuencias producen el mayor bien posible para el mayor número de individuos (Utilidad).(5)

tiempo que se torne ley universal”(6). Este mismo imperativo categórico, reformulado por Kant señala “Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin, y nunca sólo como un medio”. En este caso, establecer una actividad profesional o empresarial, aprovechando un “estado de necesidad” de las personas aquejadas por una enfermedad, podría entenderse como equivalente a tratar a las personas meramente como medios para un fin que es el de lucrar, y no como un fin en sí mismas. Esta visión es compatible con una visión de la salud como un derecho humano básico, en la que el lucro significa un grado de negación de este derecho, en la medida en que no disponer de los medios personales para pagar por la salud se convierte en un obstáculo para acceder a ella.

Una tercera alternativa posible, es la denominada ‘*ética de la virtud*’. Si bien bajo esta denominación podemos encontrar una amplia gama de variaciones, esencialmente en esta perspectiva ética, el énfasis del juicio moral no está ni en las consecuencias de las acciones, ni en la calidad moral de las acciones en sí mismas; sino en la calidad o “virtud” del agente moral exhibida en la práctica de los actos morales (7), ya sea que por virtud se entienda la práctica o hábito de obrar lo correcto (8;9), o por la disposición personal a seguir ciertos principios éticos (10). Esta perspectiva ética es más difícil de aplicar como “reglas de conducta” (11), sin embargo, es la que primaba en la visión clásica que mencionábamos previamente, la que podríamos resumir en la siguiente frase: “un médico *virtuoso* practica la medicina sin ánimo de lucro”.

Teniendo esta panorámica de las diferentes perspectivas éticas, y buscando responder a nuestra interrogante ¿Es correcto o no organizar la atención de salud de manera tal de que algunos lucren con la atención de pacientes mientras otros no lo hacen?, el paso siguiente es analizar más detenidamente nuestro sistema de salud.

El lucro en nuestro sistema de Salud

Durante nuestra historia más reciente, nos hemos visto enfrentados a diferentes perspectivas éticas como fundamento de las más importantes reformas de nuestro sistema de salud. Así por ejemplo, la dictadura militar introdujo en Chile reformas estructurales profundas, que en términos concretos en el sector salud significaron la creación de seguros de salud privados y un fuerte impulso al sector privado de prestadores de salud. Estas reformas se fundamentaron en razones de tipo “consecuencialista”, basadas en una estrategia de desarrollo y de inspiración *neoliberal* conocida como “Consenso de Washington”⁵ (12), apuntaban a reducir el tamaño del Estado y fomentar la participación de entidades con fines de lucro en áreas anteriormente reservadas a la beneficencia o la acción del Estado.

⁵ El “Consenso de Washington” fue promovido por gobiernos y entidades internacionales como el Banco Mundial o el Fondo Monetario Internacional durante las últimas décadas del siglo XX.

A través de la intervención del sector privado con fines de lucro en áreas como la salud, se esperaba contribuir al desarrollo de los países a través del aumento de la inversión privada en sectores en que la inversión pública era considerada ineficiente, permitiendo así un aumento significativo en la cobertura de las necesidades básicas de la población.

Se puede decir que la liberalización de la economía en los países que implementaron el consenso de Washington efectivamente tuvo consecuencias positivas en términos de un mayor crecimiento económico y reducciones significativas de los niveles de pobreza, lo que redundó en mayores posibilidades para acceder a bienes básicos. Sin embargo, la implementación de esta estrategia de desarrollo también se asoció a consecuencias negativas que no habían sido (públicamente) anticipadas: mayores desigualdades entre ricos y pobres, debido a que los primeros están en mejor pie para aprovechar las mayores oportunidades que una economía liberalizada ofrece.

En el ámbito de la salud, tales desigualdades se manifiestan en diferencias crecientes tanto en acceso a prestaciones como en los propios resultados de salud como por ejemplo, en la expectativa de vida y en la mortalidad infantil (13;14). En nuestro país, la consolidación de los seguros y prestadores de salud privados con fines de lucro ha permitido el acceso a un mayor número y diversidad de prestaciones de salud en todos los niveles socioeconómicos. Sin embargo, quienes se han visto más favorecidos por este mayor acceso son justamente aquellas personas que tienen mayores ingresos,

marcando una diferencia significativa especialmente en el acceso a consultas de especialidades (15).

Por su parte, la reforma impulsada por el presidente Lagos quiso hacerse cargo de este aumento progresivo de las desigualdades en salud entre ricos y pobres. Asumiendo una perspectiva deontológica inspirada en el igualitarismo de John Rawls, la reforma apuntó hacia el acceso y la utilización igualitaria de los servicios de salud. De esta forma se pretendía transferir el foco desde un punto de vista preeminentemente utilitarista— donde lo que importaba era la maximización de las consecuencias sin importar quién y cómo se logre—, a un modelo de salud en el que el cómo (en igualdad de condiciones de acceso, oportunidad y calidad) pasa a ser lo más importante a garantizar a la población (16).

Sin embargo, el hecho de vivir bajo un régimen democrático, y la necesidad de encontrar acuerdos para poder llevar adelante la reforma, obligaron a compatibilizar los proyectos con quienes se inspiran en principios y valores diferentes. Por esta razón, la reforma del presidente Lagos debió mantener el funcionamiento del mercado como mecanismo de asignación de recursos en la salud, pudiendo solo introducir una mayor regulación para disminuir al máximo sus fallas, pero manteniendo los principios de libertad de emprendimiento y la posibilidad de lucrar(17).

Luego de diez años transcurridos desde el inicio de la implementación de la reforma de la salud, a través del piloto AUGE, se evidencia que la tendencia de las desigualdades en la salud de los chilenos se mantiene o incluso ha seguido aumentando (18;19). Por ejemplo, desde la introducción del modelo de libre mercado en la salud, se ha ido produciendo un drenaje de médicos especialistas hacia el sector privado, lo que se refleja en que actualmente menos de la mitad de los médicos que ejercen en Chile tienen algún contrato en el sector público, y más del ochenta por ciento de esos contratos son por jornadas parciales(20). De esta forma, la mayor oferta de horas-médico está disponible en el sector privado y no en el público, aún cuando un ochenta por ciento de la población está afiliada al seguro público de salud (FONASA). Esto, que parece paradójico, es posible gracias a las transferencias que el FONASA realiza hacia los privados, a través de compras de servicios directas desde los Servicios de Salud públicos, o a través del subsidio a la demanda, por medio de la Modalidad de Libre Elección, la que permite a los afiliados de FONASA comprar servicios en el sector privado co-pagando parte del precio del servicio.

Discusión y conclusiones

La historia reciente de nuestro Sistema de Salud nos demuestra, en primer lugar, lo difícil que es convertir en realidad aquellas ideas que en el plano teórico parecen

satisfacer las reglas de corrección moral que demandan una u otra perspectivas éticas. Cuando se lleva el análisis ético desde el nivel individual, al nivel colectivo, ciertamente se aumenta la complejidad de los dilemas éticos enfrentados; por lo que establecer una única respuesta correcta frente a ellos es claramente más difícil que cuando se enfrentan problemas éticos en el plano de la relación clínica. Es por esta razón que es necesario conocer las distintas perspectivas éticas existentes, y tenerlas presentes en aquellos procesos de deliberación que signifiquen abordar problemas como el del lucro en la salud.

Retrospectivamente, la idea de permitir el lucro como una forma de inyectar recursos al Sistema de Salud y así mejorar la cantidad y calidad de las acciones de salud pudo haber parecido razonable en ciertas circunstancias dadas por nuestro nivel de desarrollo. Sin embargo, el desarrollo posterior del sistema de salud ha ido demostrando progresivamente que la posibilidad de que existan proveedores y aseguradores de salud organizados con el fin de lucrar, es cada vez más contradictoria con el bienestar de la sociedad. Un importante número de estudios y análisis han demostrado a la fecha que las desigualdades en el estado de salud, generadas o mantenidas por un sistema de salud inequitativo, impactan negativamente en el estado de salud de la población en general (21-25).

Por otra parte, es cada vez más evidente que la intención de aumentar progresivamente el número de patologías con garantías explícitas choca contra la

factibilidad de cubrir un espiral de costos crecientes, fuertemente influido por el encarecimiento de las prestaciones de salud producto de la posibilidad de lucrar con estas mismas prestaciones. Un ejemplo que ilustra esta situación es el de compras de diálisis por parte del sector público al privado para cumplir con las garantías AUGE en caso de Insuficiencia Renal Crónica Terminal: de las aproximadamente 15 mil personas que reciben hemodiálisis o peritoneodiálisis, el 86% se entrega en centros privados y sólo un 14% en hospitales públicos. A través del Programa de Compras a Privados del FONASA, el gasto por compras de diálisis representa cerca de un 22% del presupuesto para cubrir todas las Garantías Explícitas (26;27). Sin embargo, la posibilidad de implementar salas de diálisis en hospitales públicos, se dificulta porque para quienes podrían hacerse cargo de éstas, les resulta más atractivo trabajar en instituciones privadas. Como es sabido, la posibilidad de incorporar nuevas patologías AUGE depende también de que el presupuesto “alcance” para cubrirlas; si no se puede incorporar mecanismos de eficiencia debido a la interferencia que produce el interés por lucrar en ciertas patologías, la posibilidad de incorporar nuevas patologías se ve reducida.

Por lo tanto, tanto desde el punto de vista de las consecuencias, como desde el punto de vista del goce igualitario del Derecho a la Salud, permitir el lucro en el Sistema de Salud, pareciera estarse convirtiendo más bien en un elemento que interfiere con cualquiera de los dos paradigmas éticos.

Finalmente, no debemos olvidarnos de considerar el punto de vista de la ética de la virtud: ¿Qué debe hacer un agente moral virtuoso frente al problema de permitir o no que la atención de salud se organice de manera tal de que algunos participantes lucren con la atención de los pacientes? En este caso, el agente moral puede ser entendido bien como el Gobierno en su conjunto, bien como las autoridades del sector, o bien como las personas que diseñan e implementan las políticas de salud. En cualquiera de estos casos, un agente moral “virtuoso” debiera demostrar al menos las siguientes virtudes: *Justicia* (para dar a cada uno lo que le corresponde, es decir su derecho a la salud, en forma equitativa), *Honestidad* (para diseñar e implementar los cambios en el sistema de manera transparente y basada en el conocimiento de la evidencia científica disponible) y *Prudencia* (para realizar los cambios de manera gradual y considerando que no hay soluciones mágicas para los problemas sociales).

Se requiere abrir los espacios de diálogo para buscar la mejor manera de reducir, hasta probablemente eliminar el fin de lucro en nuestro sistema de salud, no como una reivindicación de unos contra otros, sino como acuerdo social que busca un sistema de salud que satisfaga nuestras necesidades de salud en forma justa y digna.

Referencias

- (1) RAE. Diccionario de la Lengua Española. 22 ed. 2001.
- (2) SBIF. Recopilacion actualizada de normas. Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras 2013 URL:
<http://www.sbif.cl/sbifweb/servlet/LeyNorma?indice=3.1.2>
- (3) Colegio Médico. El Juramento Hipocrático. Código de Ética Colegio Médico de Chile A.G. 2011.
- (4) Rodríguez-Ennes, L. Honorarios de los abogados en Roma. XIV Congreso Latinoamericano de Derecho romano. Buenos Aires, 2004.
- (5) Mill JS. Utilitarianism. En: Mill JS, editor. On Liberty and Other Essays. Oxford: Oxford University Press; 1991. p. 131-201.
- (6) Kant I. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. México: Porrúa; 1990.
- (7) MacIntyre A. After Virtue: A Study in Moral Theory. 3rd ed. London: Duckworth; 2007.
- (8) Aristotle. Nicomachean Ethics. Rackham H, editor. Loeb Classical Library. XIX. 1934. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- (9) Aquinas T. Summa Theologica. New York: Benziger Brothers; 1947.
- (10) Rawls J. A Theory of Justice. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1971.

- (11) Annas J. Being virtuous and doing the right thing. Proceedings and Addresses of the American Philosophical Association; 2004 p. 61-75.
- (12) Williamson J. What Washington means by policy reform. En: Williamson J, editor. Latin American adjustment: how much has happened. Washington, DC; 1990. p. 7-20.
- (13) Franco-Giraldo A, Palma M, Álvarez-Dardet C. Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980-2000. Rev Panam Salud Pública 2006;19(5):291-9.
- (14) Taylor S. Wealth, health and equity: convergence to divergence in late 20th century globalization. British medical bulletin 2009;91(1):29-48.
- (15) Vásquez F, Paraje G, Estay M. Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000-2009. Revista Panamericana de Salud Pública 2013;33(2):98-106.
- (16) Lagos R, Artaza O, Eyzaguirre N. Mensaje de S.E. el Presidente de la Republica con el que se inicia un proyecto de ley que establece un Régimen de Garantías en Salud. Sistema de Tramitación de Proyectos del Congreso Nacional 2002; URL: <http://sil.congreso.cl/docsil/proy3244.doc>
- (17) Burrows J. Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what? J Med Ethics 2008;34(9):e13.
- (18) Instituto de Epidemiología y Políticas de Salud UDD. Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Evaluación a mitad de período. Santiago: Ministerio de Salud; 2006.

(19) Departamento de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud Chile. Ministerio de Salud; 2010.

(20) Subsecretaría de Redes Asistenciales. Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. Santiago: Ministerio de Salud; 2010.

(21) Daniels N, Kennedy BP, Kawachi I. Why justice is good for our health: the social determinants of health inequalities. *Daedalus* 1999;128(4):215-51.

(22) Acheson D, Barker D, Chambers J, Graham H, Marmot M, Whitehead M. Independent inquiry into inequalities in health (Acheson report). London: The Stationery Office 1998.

(23) Marmot M. Inequalities in health. *New England Journal of Medicine* 2001;345(2):134-6.

(24) Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Challenging inequities in health: from ethics to action. Oxford University Press Oxford; 2001.

(25) Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? *Lancet* 1991 Oct 26;338(8774):1059-63.

(26) Departamento de Salud Pública Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Estudio de costos de prestaciones de Salud - 2011. Santiago: FONASA; 2012.

(27) FONASA, MINSAL. Informe final programa compra a privados del programa de prestaciones valoradas. Dirección de Presupuesto, Ministerio de Hacienda; 2012.