

Unidad 5: Justicia social y sistemas de salud

Modelos de atención sanitaria desde la DSI.

La Doctrina Social de la Iglesia no propone un modelo técnico único de sistema sanitario, pero sí ofrece principios éticos sólidos que deben orientar toda forma de organización de los servicios de salud. La Iglesia no pretende reemplazar a los expertos en salud pública, sino iluminar sus decisiones desde una visión integral del ser humano, que contemple la dignidad, la justicia y la solidaridad como ejes fundamentales.

Por eso, al hablar de modelos de atención sanitaria desde la DSI, no se trata de elegir entre “público o privado”, “centralizado o descentralizado”, sino de preguntarse qué tan humano, justo e inclusivo es el modelo sanitario que se adopta, y si en él se refleja el rostro del prójimo, especialmente del más frágil.

Principios que deben orientar cualquier modelo sanitario

La DSI establece una serie de principios que deben guiar las políticas y estructuras sanitarias:

- **Dignidad de la persona humana:** Cada paciente es un sujeto de derechos, no un número o un cliente. Debe ser tratado con respeto y sin discriminación en todas las etapas de la vida (CDSI, nn. 155-159).
- **Bien común:** La salud es un bien que afecta a todos y debe ser promovido mediante políticas solidarias, preventivas y equitativas (Fratelli Tutti, n. 107).
- **Solidaridad:** Los sistemas de salud deben estar diseñados para cuidar prioritariamente a los pobres, excluidos y frágiles, y no solo para quienes pueden pagar (DOCAT, cap. 6).
- **Subsidiariedad:** Las estructuras más cercanas al ciudadano deben, como centros de salud comunitarios, deben ser fortalecidas, evitando la centralización excesiva y burocrática (CDSI, n. 187).

Estos principios no deben ser entendidos como elementos aislados o independientes entre sí, sino como un entramado ético y relacional, donde cada uno sostiene y da sentido a los demás. En el ámbito de la salud, estos principios constituyen una unidad orgánica que orienta tanto la política pública como la práctica clínica diaria.

Todo comienza con la dignidad de la persona humana. Este principio es el fundamento de toda reflexión ética en salud: cada persona —enferma o sana, rica o pobre, nacida o por nacer— es un sujeto único e irrepetible, portador de derechos inalienables. Desde esta convicción, la atención sanitaria no puede tratar al paciente como un simple receptor de servicios o un número estadístico, sino como un ser integral que merece ser acogido, respetado y cuidado. Este reconocimiento de la dignidad es el criterio de base para juzgar si un sistema sanitario es verdaderamente humano.

Sin embargo, la dignidad personal no puede desarrollarse en soledad: necesita un entorno social que garantice condiciones justas de vida. Aquí aparece el principio del bien común, que en materia de salud exige que toda la estructura sanitaria esté organizada de forma que permita a cada persona alcanzar su bienestar físico, psíquico y espiritual. La salud no es un privilegio de los económicamente poderosos, sino un derecho de todos, que debe ser promovido colectivamente mediante políticas solidarias y equitativas (Fratelli Tutti, n. 107).

Ahora bien, el bien común no se alcanza sin una ética de la solidaridad, que en la DSI no es solo un sentimiento de compasión, sino una determinación firme y perseverante de trabajar por el bien del otro. Aplicado al ámbito de la salud, esto implica priorizar recursos, atención y acompañamiento para los más vulnerables: los pobres, los excluidos, los que viven en zonas marginadas o carecen de voz. La solidaridad interpela especialmente a quienes toman decisiones, para que no caigan en la indiferencia técnica o en la eficiencia sin justicia.

Por último, el principio de subsidiariedad asegura que la justicia en salud no debe ser impuesta desde arriba de manera burocrática o centralizada, sino construida desde las comunidades locales, fortaleciendo las iniciativas de base, los centros de salud barriales, las redes de cuidado comunitario. Este principio promueve

la participación activa de las personas y organizaciones en la gestión de su propia salud, reconociendo su capacidad de actuar con responsabilidad.

Esta interrelación no solo mejora la eficiencia del sistema sanitario: lo transforma en un espacio de justicia, dignidad y comunión humana. En tiempos donde muchas políticas sanitarias se rigen por criterios de mercado o por tecnocracia deshumanizante, estos principios ofrecen un marco ético y pastoral que sitúa nuevamente a la persona —y especialmente al más frágil— en el centro de toda acción sanitaria.

Aplicación de los principios en decisiones sanitarias

Ámbito del sistema de salud	Dignidad humana	Bien común	Solidaridad	Subsidiariedad
Acceso a servicios médicos	Todo paciente debe ser recibido y tratado con respeto, sin discriminación.	El sistema debe garantizar cobertura sanitaria para todos, sin excluir a nadie.	Priorizar el acceso de los más pobres, sin exigir condiciones económicas imposibles.	Promover centros comunitarios de salud cercanos y accesibles a la población local.
Distribución de recursos y presupuestos	No se deben sacrificar vidas ni derechos por motivos financieros.	Los recursos deben orientarse a lograr el bienestar sanitario de toda la sociedad.	Asignar más recursos a las regiones y sectores más necesitados.	Fomentar la participación de gobiernos locales y organizaciones sociales en la asignación de recursos.
Atención a poblaciones vulnerables	Cada vida, por frágil que sea, posee el mismo valor.	Una sociedad es justa cuando cuida especialmente al más débil.	Ampliar programas específicos para personas sin cobertura, migrantes, discapacitados, ancianos.	Apoyar iniciativas de salud popular organizadas desde comunidades o parroquias locales.
Formación de profesionales de la salud	Educar para una atención centrada en el respeto a la persona y su historia.	Formar profesionales éticos comprometidos con el servicio al bien colectivo.	Fomentar una cultura del cuidado, la empatía y el servicio, especialmente hacia los más frágiles.	Incluir a universidades locales, centros de formación comunitaria y organizaciones sociales.
Modelos de gestión del sistema sanitario	Evitar la despersonalización y el trato mecánico del paciente.	El modelo debe buscar eficiencia sin sacrificar la equidad.	Integrar criterios sociales y humanitarios en la toma de decisiones.	Dar autonomía a hospitales locales, cooperativas y redes comunitarias de salud.
Prevención y promoción de la salud	Promover el autocuidado como expresión de respeto por uno mismo y los demás.	Fomentar entornos saludables para todos: alimentación, agua, aire limpio, educación.	Realizar campañas gratuitas y accesibles en barrios y comunidades excluidas.	Empoderar a organizaciones vecinales y grupos de base en la prevención sanitaria.

Características de un modelo sanitario inspirado en la DSI

Un sistema sanitario que refleje la lógica del Evangelio y los principios de la DSI debería tener al menos las siguientes características:

a) Universalidad en el acceso

La atención médica básica debe ser garantizada para todos, sin exclusiones. La universalidad no es un ideal utópico, sino un criterio de justicia elemental.

b) Focalización en los más necesitados

Inspirado en la opción preferencial por los pobres, el sistema debe priorizar recursos y estructuras para quienes más lo necesitan: personas en situación de pobreza, zonas rurales, discapacitados, adultos mayores, etc.

c) Integralidad en la atención

No se trata solo de curar enfermedades, sino de cuidar a la persona en su dimensión física, psíquica, social y espiritual. Esto exige equipos interdisciplinarios, tiempo para escuchar, y apertura al acompañamiento humano.

d) Valorización de la prevención y la salud pública

La DSI promueve un enfoque preventivo que atienda las causas sociales de la enfermedad: pobreza, malnutrición, falta de agua potable, exclusión educativa. Un modelo inspirado en el Evangelio no se limita a atender consecuencias, sino que trabaja por transformar las causas estructurales del sufrimiento.

e) Colaboración público-privada con ética de responsabilidad

La Iglesia reconoce la legitimidad de múltiples actores en la atención sanitaria, pero insiste en que todos deben guiarse por el principio del bien común, no por el lucro. Esto implica regulaciones éticas, transparencia y corresponsabilidad entre el Estado, las ONG, las obras religiosas y el sector privado.

Ejemplos de inspiración cristiana

A lo largo de la historia, instituciones sanitarias católicas han modelado formas de atención que expresan estos principios. Desde la Pequeña Casa de la Divina Providenza de Cottolengo, hasta hospitales fundados por Don Orione, las Hermanas Hospitalarias o los Hermanos de San Juan de Dios, la Iglesia ha mostrado cómo es posible organizar la salud desde la caridad estructurada, la hospitalidad integral y la dignidad del más débil. En la actualidad, muchas de estas instituciones siguen existiendo, pero el desafío es que todo el sistema sanitario —público o privado— incorpore estos valores como criterios de diseño, evaluación y reforma.

- ❖ Pequeña Casa de la Divina Providenza (Cottolengo). URL: <https://www.cottolengo.cl/>
- ❖ Pequeño Cottolengo Don Orione. URL: <https://www.donorione.org.ar/>
- ❖ Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. URL: <https://hospitalarias.org/>
- ❖ Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. URL: <https://ohsanjuandedios.org/>

Síntesis:

Un modelo sanitario inspirado en la Doctrina Social de la Iglesia no puede partir de ideologías ni de esquemas económicos cerrados, sino de una pregunta profundamente humana: ¿Cómo podemos cuidar mejor de cada persona, especialmente cuando sufre? En un mundo que corre el riesgo de convertir la salud en un negocio, la Iglesia recuerda que curar es un acto de amor, y construir sistemas de salud justos es un deber de justicia social. Un modelo que cuida al más frágil no solo es éticamente superior: es también más humano, más cristiano y más digno de nuestra vocación como sociedad.

Análisis Internacional

Aspecto / País	Argentina	Brasil	Reino Unido	Alemania	EE.UU.	China	Rusia	Puerto Rico
Modelo	Mixto (público, obras sociales y privado)	Público universal (SUS)	Sistema nacional de salud (NHS)	Seguro obligatorio con proveedores múltiples	Privado, sin cobertura universal	Seguro público urbano/rural + copagos	Seguro público federal con clínicas regionales	Mixto, dependiente de programas federales de EE.UU.
Cobertura	Universal legal, pero desigual en la práctica	Universal, por Constitución	Universal, gratuita al punto de uso	Universal con seguros obligatorios	No universal; millones sin cobertura	>95 % de la población con seguro básico	Cobertura universal legal, pero con deficiencias regionales	Parcial; depende del estatus migratorio y tipo de seguro
Financiamiento	Impuestos + aportes laborales + privados	Impuestos federales, estatales y municipales	Impuestos generales	Aportes al seguro público + privado	Seguros privados, Medicare y Medicaid	Empleador y Estado; copagos ciudadanos	Fondo estatal y aportes laborales	Medicaid, Medicare y seguros privados (como EE.UU.)
Acceso y equidad	Alta fragmentación y desigualdad geográfica	Acceso amplio, pero calidad desigual	Alta equidad, aunque con tiempos de espera	Generalmente equitativo, pero burocrático	Altamente desigual; depende del seguro	Mejoras en acceso; disparidad urbano-rural	Cobertura general, pero con brechas en infraestructura	Fuerte desigualdad; acceso limitado para no asegurados
Atención primaria	Desarrollada en teoría, pero con recursos limitados	Programa Saúde da Família (cobertura amplia)	Alta prioridad en salud pública	Incentivos a atención temprana	Fragmentada y costosa	Atención comunitaria básica fortalecida	Reforma hacia atención primaria en regiones	Red básica con limitaciones estructurales
Principales desafíos	Desigualdad interprovincial, recursos limitados, recortes	Subfinanciamiento y falta de personal en zonas rurales	Presión presupuestaria y listas de espera	Envejecimiento poblacional y aumento de costos	Costo altísimo, exclusión de millones, desigualdad	Sostenibilidad financiera, sistema mixto desigual	Obsolescencia tecnológica y fuga de profesionales	Dependencia federal, exclusión, acceso limitado a medicamentos

Actividad:

- A.** Ingresá al sitio web de una de las instituciones sanitarias católicas
- B.** Explorá brevemente su historia, misión y actividades actuales.
- C.** Elegí un aspecto de la institución que te parezca significativo (por ejemplo: el tipo de pacientes que atiende, sus servicios gratuitos, su modelo de comunidad, su enfoque integral de salud, etc.).
- D.** En clase (o en el foro virtual), compartí brevemente con tus compañeros: