

COLECCIÓN SALUD COLECTIVA

SERIE SALUD COLECTIVA

Coordinador: Hugo G. Spinelli

SERIE SALUD MENTAL

Coordinadores: Osvaldo Saidón y Pablo Troianovski

PENSAR EN SALUD. Mario Testa.

LA ENFERMEDAD. Giovanni Berlinguer.

TECNOBUROCRACIA SANITARIA. Ciencia, ideología y profesionalización de la Salud Pública. Mario Testa, Celia Iriart, Laura Nervi y Beatriz Oliver.

PENSAMIENTO ESTRATÉGICO Y LÓGICA DE PROGRAMACIÓN.
(El caso de salud). Mario Testa.

ÉTICA DE LA SALUD. Giovanni Berlinguer.

ESTADOS SIN CIUDADANOS. Políticas Sociales en América Latina
(en prensa). Sonia Fleury.

POLÍTICAS EN SALUD MENTAL.

Compiladores: Osvaldo Saidón y Pablo Troianovski.

Introducción

El primer esbozo de este trabajo nació con el título *Ética de la Salud*, como conferencia en el Instituto de Estudios Avanzados de la Universidad de San Pablo, Brasil, en abril de 1993. Después continué leyendo y reflexionando sobre el argumento y también discutiendo sobre el tema en varias sedes y países: en setiembre de 1993 en el Congreso Mundial de Historia de la Medicina y de la Salud (Lunteren, Holanda), en marzo de 1994 en el Congreso Mundial de Medicina Social (Guadalajara, México) y después en la reunión de los comités éticos de Europa (Estocolmo), en mayo en la Conferencia europea sobre "Equidad y Salud" (convocada en Londres por la British Medical Association) y en varios encuentros en Italia.

En estas sedes ha vencido (casi) siempre la perversa tendencia mía y de muchos otros conferencistas de reciclar, aprovechando la diversidad del público, el mismo discurso. La mayor fatiga en afrontar cada vez más el tema bajo diferentes ángulos ha sido ampliamente recompensada por haber recogido algunas confirmaciones y mucha perplejidad, críticas, análisis profundos; situaciones éstas que me han permitido ampliar, corregir y espero mejorar el texto.

A estas contribuciones se han agregado las preciosas observaciones al texto hechas por Caterina Botti, Roberto Bucci, Francesco Calamo Specchia, Paolo Conti, Pietro Comba, Marco Geddes; a los cuales les estoy muy agradecido.

GIOVANNI BERLINGUER

Prólogo

VÍCTOR B. PENCHASZADEH
Profesor de Pediatría,
Albert Einstein College of Medicine,
New York, USA

Los conceptos de lo que está bien y lo que está mal hacer en medicina han estado presentes desde las fundaciones iniciales de la medicina moderna hace 2,500 años, y se han mantenido presentes durante todos los vaivenes de su desarrollo hasta la era actual. Sin embargo, la consideración contemporánea de los temas éticos en medicina y en salud se reactualiza después de la Segunda Guerra Mundial con el descubrimiento de las atrocidades nazis y el replanteo de los derechos de los sujetos de investigaciones biomédicas. Prosigue luego acompañando a los movimientos por los derechos civiles, por la justicia social y contra el racismo, las luchas por los derechos humanos y el derecho a la salud, las luchas por el acceso igualitario a los servicios de salud, los movimientos feministas y de defensa de los derechos de los pacientes. Concomitantemente, el desarrollo económico-social y tecnológico ha generado nuevas expectativas en la medicina y ha llevado a una complejidad creciente en la atención de la salud. En este proceso, los dilemas y conflictos se multiplican, haciendo pasar a primer plano a esa disciplina, a la vez antigua y moderna, que es la ética de la salud.

Las transformaciones económicas y políticas mundiales de los últimos años están afectando la vida y la salud de centenares de millones de personas, generando nuevos y complejos dilemas éti-

cos. En los actuales tiempos postmodernos en que la deidad del mercado parece haberse impuesto sobre las sociedades humanas, los valores humanísticos están rápidamente perdiendo posiciones frente al valor del dinero. Términos como justicia, altruismo, solidaridad, compasión, voluntarismo, derecho a la salud, están desapareciendo del vocabulario colectivo. En cambio, cada vez escuchamos más acerca de costo/beneficio, eficiencia, escasez de recursos, necesidades del mercado, etc. No importa que las desigualdades económicas y sociales entre los seres humanos se agiganten; no importa que la pobreza aumente a proporciones exorbitantes mientras los pocos ricos se hacen cada vez más ricos; no importa que importantes logros sanitarios se reviertan y retornen viejas epidemias, como la tuberculosis o el cólera; no importa que aumente la violencia y aparezcan nuevas endemias, como los accidentes, el cáncer, las enfermedades crónicas y el sida. Sí importa que los mercados crezcan y se desarrollen, que las inversiones rindan, y las cuentas cierren. Así, la minoría que detenta el poder económico lo sigue manteniendo, mientras la inmensa mayoría del resto de los mortales se las arregla (o no) como puede.

Una de las víctimas más notables de este panorama no muy alentador de fin de siglo, es el estado de salud de la gente. La salud sufre porque, salvo notables excepciones, no ha sido ni es prioridad de los poderes políticos y económicos. Y en los pocos países que lo ha sido, importantes logros en el campo de la salud fueron lamentablemente contrabalanceados por un autoritarismo excesivo. La responsabilidad social por la salud ha ido decreciendo progresivamente en el escenario global, llegando en la actualidad a ser también presa del "mercado". Con la excusa poco creíble que el estado es ineludiblemente ineficiente en el cuidado de la salud, se pretende convencer a la sociedad que sólo aquéllos cuyo objetivo es ganar dinero pueden diseñar modelos eficientes y ocuparse de la atención de la salud.

El hecho que a nivel mundial la industria médico-farmacéutica sea la segunda en magnitud económica después de la industria de armamentos, explica numerosos fenómenos actuales, como el fracaso de la reforma sanitaria en Estados Unidos, las nuevas "rece-

tas" de los organismos financieros internacionales para privatizar la atención de la salud en los países pobres y la irrupción de inversores multinacionales en los planes privatizados de salud. En esta realidad, la salud sufre porque se la ha transformado en un "negocio" donde los intereses de los inversores, que raramente coinciden con los de la gente, adquieren preeminencia absoluta.

✕ No cabe duda que los adelantos de la ciencia y la tecnología médicas de este siglo han contribuido a mejorar los niveles de salud y bienestar de importantes sectores humanos. Sin embargo, es también claro que la importancia de esa contribución ha sido constantemente exagerada por el poder médico, en desmedro de la influencia del progreso social y económico. Esta mistificación de lo técnico-científico genera concepciones de prevención y tratamiento de las enfermedades excesivamente subordinados al uso de alta tecnología y centradas en el individuo. Por otra parte, los propios adelantos tecnológicos están creando dilemas éticos complejos. Basten como ejemplos, la contradicción entre la capacidad creciente de hacer sobrevivir a recién nacidos de extremo bajo peso y las graves secuelas neurológicas que suelen presentar a posteriori. O el abuso y mal uso de la tecnología genética con objetivos no médicos, como la selección de sexo en la descendencia.

El énfasis en lo tecnológico y en lo individual afecta también las concepciones de causalidad de las enfermedades, privilegiando en forma reduccionista los aspectos biológicos por sobre los sociales. Por ejemplo, en la etiología del cáncer se ha puesto de moda proponer a los oncogenes como factores causales, a pesar de conocerse hace años factores ambientales cancerígenos a los que es susceptible toda la especie humana. Así, la industria del tabaco sigue empeñada en encontrar factores genéticos de susceptibilidad individual que expliquen los efectos nocivos del cigarrillo. Explicaciones biologicistas se proponen también para males sociales como la violencia, el alcoholismo y la drogadicción. Estos sesgos tienen mucho que ver con la ética, pues distorsionan las prioridades en la investigación de salud y las propuestas preventivas y terapéuticas. Estas concepciones, además, alimentan la culpabilización y discriminación de las víctimas de las enfermedades.

Es evidente, por otra parte, que el acceso a los beneficios de los adelantos médicos es profundamente desigual de acuerdo a la región del mundo que se considere y la clase social de pertenencia. En comparación con el mundo industrializado, los países pobres (eufemísticamente llamados "en desarrollo") exhiben en promedio expectativas de vida 20 años menores y mortalidad infantil 10 a 15 veces mayor. Cuando nos liberamos de la miopía de los promedios y analizamos esta realidad por clase social, vemos que en los países pobres, los indicadores de salud y la accesibilidad a los servicios de las clases altas son comparables a la de los países ricos, mientras aquéllos de las clases bajas son muchísimo peores que el promedio. El mismo análisis en los países ricos revela que existen enormes sectores de población con problemas de salud semejantes a la de los países pobres y sin acceso a servicios de salud. En otras palabras, el tan mentado "derecho a la salud" es solamente un enunciado teórico para vastos sectores de la población mundial.

Las desigualdades, injusticias y contradicciones apuntadas arriba crean el escenario para los conflictos y dilemas éticos que se presentan actualmente en el área de la salud. No es casualidad que una disciplina aparentemente nueva, la bioética, haya irrumpido en el escenario de la atención médica, reclamando igualdad de status con las especialidades médicas tradicionales. Tampoco sorprende entonces, que un nuevo especialista, el eticista, se pasee por los pasillos de los hospitales y los centros académicos y de decisión de políticas de salud. La opinión del eticista es consultada en circunstancias tales como cuando hay desacuerdos entre proveedores de salud y pacientes o entre el paciente y su familia, cuando se incorporan nuevas tecnologías médicas, cuando se diseñan protocolos de investigación en seres humanos o cuando importantes sectores de la sociedad quedan marginados de los beneficios del sistema de atención de salud.

Esta irrupción de la bioética en el quehacer y pensamiento médicos ha sido recibida de manera diversa. Desde el pensamiento progresista en salud, no faltan quienes sospechan que tal énfasis actual en la bioética es una pantalla para encubrir las bases

políticas y económicas de las graves distorsiones en los servicios. Desde otro ángulo, el pensamiento médico tradicional y conservador sospecha que la bioética es el caballo de Troya por el que se introducirán críticas al quehacer hasta ahora omnipotente y altamente deshumanizado del poder médico. En cambio, desde los centros del poder, el mercantilismo creciente en el campo de la salud, obsesionado por disminuir los costos para aumentar sus ganancias, pretende valerse de la bioética para cuestionar la validez del principio de que la salud es un derecho humano fundamental.

La bioética ha estado por ahora principalmente recluida a análisis más bien individualistas de situaciones límite, como en los conflictos resultantes de la aplicación de tecnologías de reproducción asistida, el respeto a la autonomía de los pacientes en decisiones que afectan su salud, o el consentimiento informado en protocolos de investigación y tratamientos experimentales. Más recientemente, los eticistas comienzan tímidamente a cuestionar en sus fundamentos éticos, las graves injusticias y desigualdades que se dan en el acceso a la salud. El abordaje de temas como la definición de prioridades en el uso de los recursos para la salud, y el acceso equitativo a los servicios de salud independientemente de la capacidad de pago, indican claramente una transición de lo individual a lo colectivo en las preocupaciones éticas. Sin embargo, todavía es difícil encontrar los discursos éticos que cuestionen las razones fundamentales por las que se destinan tan pocos recursos económicos a la salud, en comparación con los presupuestos militares o las ganancias millonarias de la industria médico-farmacéutica.

Como toda área del pensamiento, la bioética está sujeta al debate ideológico. Estarán los eticistas progresistas y los eticistas reaccionarios. La responsabilidad de los pensadores progresistas en salud es hacer que la bioética trascienda el campo estrictamente de lo individual y penetre en el debate social, defendiendo la igualdad de acceso a los servicios de salud como un derecho fundamental de las personas, independientemente de su nivel social y económico. También, que la medicina esté genuinamente al servicio de la salud de las personas, respetando su dignidad de

seres humanos, y no que se dedique a lo superfluo, a satisfacer la vanidad de los ricos o a medicalizar todos los aspectos de la vida.

Pocos están mejor situados que Giovanni Berlinguer para analizar, con espíritu crítico y renovador, la compleja realidad que describimos con unos pocos brochazos en los párrafos precedentes. Efectivamente, como médico y político, profesor universitario, pensador y hombre de acción, autor lúcido y prolífico, Giovanni Berlinguer ha estado a la vanguardia del pensamiento progresista en salud en las últimas décadas, tanto en su país, Italia, como en América Latina, donde ha sido testigo de las luchas por el derecho a la salud de nuestros pueblos. En sus lúcidos análisis, Giovanni Berlinguer no cae en el mecanicismo fácil de caracterizar al movimiento bioético actual simplemente como un intento desde el poder de despolitizar el debate sobre la justicia y la salud. Pero a la vez, insiste en sacar a la bioética del puro análisis de dilemas individuales de situaciones límite para darle, en cambio, una dimensión social. Su honestidad intelectual le hace rechazar el dogmatismo ortodoxo que plantea que sólo la absoluta estatización de los servicios de salud puede asegurar la equidad de los mismos. En cambio, rescata el valor de las iniciativas voluntarias de la sociedad civil en favor de la promoción de hábitos personales saludables. A la vez, critica las ineficiencias de la burocracia sanitaria estatal y propone que la administración eficiente de los servicios de salud es un valor ético de suma importancia. Particularmente pertinentes son sus análisis de la medicalización creciente de funciones y rasgos fisiológicos del cuerpo y la mente, y las consecuencias negativas que tal tendencia significa para la salud.

En este libro profundo e innovador, Berlinguer rescata el papel de la ética en el debate de las prioridades en salud, la importancia de la prevención primaria y la promoción de la salud, la influencia nociva del monetarismo a ultranza, y los riesgos de emplear a la medicina para la satisfacción de intereses superfluos. Con un lenguaje claro y ameno, y sin pelos en la lengua, quedan expuestos los principales obstáculos para la concreción del derecho a la salud y los lineamientos de una ética de la salud con profundo sentido humanista.

1. *Ética y Bioética*

En el final de este siglo dominado por la economía y la política está resurgiendo la ética: no sólo como disciplina filosófica sino como exigencia difusa. También la política y la economía están siendo profundamente influenciadas.

En la política hay naciones, en tres diversos continentes, en las cuales las clases dirigentes y los sistemas de poder han sido trastornados, en mayor o menor medida, por el emerger de la "cuestión moral": Brasil e Italia, Japón y Venezuela, España y Francia. La novedad, probablemente, no está solamente en las dimensiones que ha asumido la corrupción en los últimos años, está más aún en la decisión de eliminarla por muchas razones, entre las que se encuentra la creciente reacción moral de los ciudadanos. En lo que se refiere a la economía, por ahora no han habido trastornos. Prevalece así, más que antes, la idea de que el Homo oeconomicus deba ser moralmente neutral en base a la afirmación de que cada aspecto de la vida humana pueda ser regulada a través del libre mercado. Pero el emerger de imperfecciones y de dramas causados por esta única regla como por las negociaciones o por las violaciones a las exigencias del mercado, preocupa siempre más a los economistas y también a algunos empresarios, al introducir en sus estudios y alguna vez en sus cálculos la teoría ética contemporánea incluida en aquella de la justicia distributiva. Uno de los motivos de reflexión está en el hecho de que el culto al P.B.I. (produc-

to bruto interno) considerado hasta ahora como parámetro fundamental del suceso de una nación, está perdiendo adeptos desde que Amartya Sen entre los economistas, el World Bank, en su informe *Investing in Health* y los expertos en epidemiología de todo el mundo, han demostrado que los indicadores del estado de salud de un pueblo, aun siendo fuertemente influenciados por la riqueza, no tienen un estrecho correlato con las variaciones del P.B.I.

Pero el campo en el cual la ética está resurgiendo con más vigor es el de la ciencia. Las discusiones oscilan a veces entre dos hipótesis opuestas: que la ciencia resolverá primero y después por su virtud intrínseca los problemas del género, o bien que ella en cambio estuviera introduciendo en el mundo una gran complicación demoníaca. Pero más allá de estos extremos se encuentra la conciencia común como ha escrito Eugenio Garin *“que el ocaso del mito del progreso como ascensión fatal de la humanidad en la realización de los más altos valores de la vida, ha acompañado la creciente certeza dramática de un conflicto de fondo entre el desarrollo científico y tecnológico y el auténtico crecimiento humano”*. Uno de los principales motivos de inquietud nace de dos condiciones de la vida aliadas en un sentido material, pero precisamente por eso estimulantes para provocar inmediatamente reflexiones éticas que se verifican por primera vez en los finales de este siglo:

- A. El mundo físico y biológico que comprende a los seres humanos se encamina hacia una condición de alto riesgo para su integridad y para su propia supervivencia. La idea de un “contrato social” que pueda basarse en la concordancia de intereses naturales, tiende por esta razón a proyectarse sobre otros temas: de la generación actual a la del futuro y de nuestra especie a la de otras especies vivientes. Tal condición de alto riesgo está caracterizada por el hecho de que una de las creaciones más logradas del ingenio humano, la ciencia, tiene una triple función: ella es la de causalidad, instrumento de definición y medio de solución –junto a la política y a la economía– de este problema.
- B. La humanidad tiene a su disposición ya sean los conocimientos, ya sean los recursos productivos aptos para vencer a los

flagelos que han acompañado desde siempre a nuestra especie como el hambre y muchas de las enfermedades más letales, sobre todo las infecciosas y las carenciales, por no lograr realizarlos (comúnmente ni siquiera lo intenta), especialmente, en las áreas más pobladas del mundo. Como el sacrificio de los valores, entre los cuales está la vida misma, es calculado en relación a las posibilidades, podemos decir que nuestra época es en la historia la que ha visto, ya sean los mayores progresos en la salud humana tanto como el más alto número de víctimas evitables.

Se comprende por qué de todo esto surgen nuevos interrogantes, por qué resurge en una nueva formulación del tema del bien y del mal, por qué se discute cómo actuar para el bien, en base a cuáles principios, hacia qué fines, con cuáles métodos. Se comprende también, por qué ha nacido un nuevo campo, el de la filosofía moral: la bioética, y por qué ésta se ha convertido probablemente en el sector más dinámico del resurgimiento de la ética y uno de los campos más atractivos de la reflexión filosófica. Ello se debe al hecho de que el desarrollo de la ciencia y de la tecnología en el campo biológico y médico propone continuamente problemas inéditos referentes no sólo a las “zonas de frontera” de la existencia humana como el nacimiento, la muerte, y las enfermedades, sino también a la vida cotidiana de todos.

El tema de la salud, sin embargo, raramente está presente en el debate bioético. Esto privilegia comúnmente las situaciones extremas como los nacimientos “artificiales”, los trasplantes de órganos, las condiciones de sobrevivencia en enfermos terminales, descuidando el hecho de que la salud y la enfermedad son para todos un campo universal de experiencia, de reflexión y también de elecciones morales. A la salud le es comúnmente negado el título de nobleza como objeto de la ética y en el mejor de los casos le es atribuido solamente el valor (que para algunos es considerado filosóficamente irrelevante e intelectualmente plebeyo), de “cuestión social”.

Al desprecio del valor ético de la salud, se ha agregado también el hecho de que en los últimos años y cada vez más frecuen

temente, se ha recurrido a la bioética como soporte del fundamentalismo monetarista. Se le ha puesto supuestamente una sola pero perentoria pregunta: ¿Cómo distribuir los escasos recursos disponibles para la asistencia médica? Tal solicitud es seguramente importante ya sea porque en este campo no es clara la diferencia entre las necesidades y los deseos, o porque existen dificultades objetivas para establecer prioridades para intervenir, basadas en criterios de valor. Pero también pueden ser desviados hacia otros fines; acaba de fundarse una bioética justificativa que sirva para legitimar decisiones políticas restrictivas para la asistencia a los enfermos. La *Hastings Center Report*, revista de uno de los centros de bioética más prestigiosos de los Estados Unidos, ha escrito que esta tendencia representa “*un retorno al desierto moral: ayer la ética hablaba de justicia, de acceso a los servicios de salud, de los derechos de los enfermos; hoy habla únicamente del racionamiento de los tratamientos médicos*”.

Se habla también y mucho de eutanasia. La adhesión a esta idea, quizás en aumento por parte de la opinión pública, se ha debido a muchos factores: la superación de la concepción de la vida como don sagrado de Dios, la afirmación del principio de autonomía del individuo, la reacción frente al sufrimiento de los enfermos terminales, y a las inútiles torturas médicas que a menudo acompañan a la muerte. Siempre atribuyendo un valor laico y positivo a estos comportamientos, temo que en la opinión pública se haya creado alguna confusión con respecto a las muchas variantes de la eutanasia: omitir la cura cuando ésta es inútil; o bien intervenir para sedar intolerables sufrimientos, aunque esto pueda indirectamente acortar la vida, o en cambio suministrar sustancias deliberadamente para causar la muerte. Temo especialmente que en la práctica y en las leyes haya una cierta inclinación de la voluntariedad hacia la coacción, que es una fuerte tentación una vez superado el umbral del *primun, non nocere* (lo primero no dañar), principio ético tradicional (y espero eterno) para los médicos, y también el umbral del “no matar” que es válido para cualquiera.

Ha despertado preocupación el hecho de que en Holanda la posibilidad de autorizar la interrupción de la vida activa ha sido usa-

da en muchos casos, como lo ha señalado el informe Rammelink, aunque sin la explícita autorización de los pacientes, como también el hecho de que un alto porcentaje de solicitudes de eutanasia hayan sido presentadas por enfermos de sida, una enfermedad rodeada todavía de prejuicios y de estigmas que hacen aparecer a las víctimas como culpables; ya sea a los ojos de los otros tanto como a los suyos propios. Me ha preocupado más aún el pre-anuncio del gobierno (seguido después de una embarazosa desmentida) de otra norma que autorizaría a suprimir a los enfermos mentales y a los recién nacidos con graves malformaciones. La federación de médicos holandeses ha reaccionado declarando que esto sería una réplica de lo realizado por Hitler en los años 30. Sin embargo se puede agregar que la tendencia a suprimir a los débiles tiene antiguas raíces y vastas dimensiones geográficas: basta con releer *La República* con las recomendaciones de Platón: “*Tomarán a los hijos de los buenos y los llevarán a la guardería... En cambio a los hijos de los peores elementos y también a los eventuales descendientes minusválidos de los otros, los ocultarán en un lugar secreto y oculto a la vista*”; o leer hoy las noticias que vienen de China sobre la supresión de recién nacidos con malformaciones.

Viviendo sin embargo en nuestro tiempo y en nuestro continente, me he hecho dos preguntas. Una es si es casual que este estímulo al éxodo (voluntario o por la fuerza) de los enfermos terminales o de las personas minusválidas, ambos casos costosos e improductivos, se manifiesta en un período en el cual la competencia entre los individuos es presentada como el principal objetivo, y el costo sanitario como un obstáculo primario para el saneamiento de la economía. La otra pregunta es si la cesación de los tratamientos médicos, o la muerte acaecida precozmente por falta de prevención, o de todos modos la supresión de los débiles no son ya fenómenos en gran medida verificables, aquí y en otros lugares, por efecto no de leyes especiales o de intervenciones preordenadas, sino a condiciones de vida injustas y precarias, o bien de carencias asistenciales. Volveré después sobre estos temas. Señalo por ahora una impresión mía: pienso que la gran mayoría de individuos de nuestra especie, excepto aquellos que están tan desesperados al punto de desear la muerte, o aquellos fanatiza-

dos a tal punto por los éxitos de la medicina de querer exorcizarla o evitarla para siempre, tendrán por encima el deseo o la necesidad de afrontarla, algún día, con el menor dolor y con la mayor dignidad que hoy sea posible. Por consiguiente, si es verdad que se debe pensar en mitigar (suavizar) la muerte, el tema de la eutanasia no debiera ser tratado ligeramente. Me atrevo a decir que todo lo contrario, dada la importancia que tiene en el plano ético y práctico, la exigencia de evitar las muertes dolorosas, las precoces y evitables, estas son las cacotanasias.

En este trabajo no daré muchas cifras. Pero para que se tenga una dimensión de los problemas, es útil recordar, al menos, dos, señalados por el Banco Mundial: si la mortalidad infantil en los países pobres fuese reducida al nivel de los países ricos, cada año 11 millones de niños podrían vivir en vez de morir y 7 millones de adultos podrían ser salvados si se adoptaran medidas preventivas y terapéuticas juzgadas *inexpensive*. Pienso que es más bien extraño y del todo inédito el hecho de que estos datos figuren en un informe bancario. Pero me parece más extraño y del todo anormal que estos datos sean ignorados cuando los filósofos y los científicos discuten las relaciones entre la ciencia y la vida.

Como consecuencia de estas lagunas (o espacios vacíos) y deformaciones en el debate bioético, he sentido un estímulo creciente acompañado de la sensación de una gran dificultad y la clara percepción de mis propias lagunas para enfrentar como tema autónomo la ética de la salud. Ésta no puede ser concebida sólo como un sistema de reglas profesionales, es decir como una deontología médica actualizada, ni tampoco como un sub-producto automático de la reflexión —ciertamente necesaria— sobre los límites extremos de la vida y de la muerte; sobre los cuales el pensamiento filosófico y el debate moral se van cimentando de un modo muy amplio y profundo. Perdura en cambio el silencio o la incertidumbre sobre la macroética, es decir sobre los principios que pudieran ser válidos para todos aquellos que se ocupan y se preocupan por sí mismos y por los otros, de la salud cotidiana. Hablaré precisamente de esto con la ambición de delinear algunas orientaciones, o por lo menos de aclarar experiencias o situaciones que permitan a otros hacerlo.

2. ¿Salud para todos o para pocos?

La exigencia de lograr —para cada uno y para todos— un nivel más alto de salud, es una íntima y antigua aspiración humana; pero recién ha sido alcanzada por muchos sólo en la segunda mitad de este siglo. Los recorridos, triunfos y fracasos de las tentativas cumplidas, pueden ser resumidas a través del examen de dos utopías que han encontrado su expresión más lograda en las ideas y en los programas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La primera utopía nació en 1948 con la constitución misma de la OMS, y con la definición de la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”. Por varios decenios todos exaltaron esta definición, porque tendía a superar la idea de que la salud fuera entendida sólo en sentido negativo, como ausencia de enfermedad. Y porque yendo más allá, superando una visión puramente biológica de los fenómenos de morbosidad, unía el estado físico de los individuos a sus condiciones mentales y sociales. Pero fue considerado irónicamente ya que si un individuo, proveniente de cualquier país del mundo, se presentase en la sede de la OMS en Ginebra y declarase: “yo gozo de un completo bienestar físico, mental y social”, se arriesgaría a ser considerado un extravagante y tal vez sería encerrado en un manicomio.

Pienso que aquellos que formularon esta definición no habían leído ni visto representada la comedia de Jules Romain: *Knox, o el triunfo de la medicina*, escrita y representada por Louis Jouvet por primera vez en París en 1923. Es la historia de un médico joven y ambicioso, llamado para sustituir a un colega de viejo estilo, Albert Parpalaid, en el pueblo de Saint-Maurice, donde muy pocos recurrían a la consulta médica y casi todos los pobladores estaban relativamente bien. El doctor Knox se había doctorado con una tesis titulada *El hipotético estado de salud*, en la que enfrentaba el principio que dice que *“las personas tan saludables, son los enfermos ocultos”*. Una vez en su puesto, declaró inmediatamente su deseo de querer *“instruir a esta pobre gente de los peligros que a cada segundo asedian su organismo”*. Lanzó la proclama *“la era médica ha llegado”*, y en poco tiempo transformó a los pobladores en una comunidad universalmente necesaria de atención médica. Si hubiesen conocido a Knox, los fundadores de la OMS hubiesen sido más prudentes al asumir una definición de salud tan abarcadora, tan medicalizante y tan similar a aquella adoptada en Saint-Maurice. Se debe agregar lamentablemente, que a fines de los 80, los delegados del Estado del Vaticano y de las naciones musulmanas, propusieron a la asamblea de la OMS, agregar a la frase *“físico, mental y social”*, una cuarta categoría de la salud: la espiritual. La propuesta fue aprobada con 24 votos a favor, 10 en contra (las naciones del bloque oriental, entonces notoriamente hostiles a cualquier valor del espíritu) y una centena de abstenciones de los países libres. Afortunadamente el voto no implicó la fundación de un *“departamento para las enfermedades del espíritu”* por parte de la OMS, ni la difusión de escuelas de especialización en la medicina del espíritu.

La definición de la OMS, en los últimos decenios, ha sido también discutida en el plano científico por su estaticidad y por haber sido superada por otros conceptos más dinámicos. Por ejemplo: la idea de que la salud es una condición de equilibrio activo que comprende incluso la capacidad de reacción ante las enfermedades que se manifiestan en el hombre y su ambiente natural, familiar y social. Pero aunque escarnecida y criticada, la fórmula de la OMS, que por algunos decenios ha sido difundida universalmen-

te, ha desarrollado sustancialmente una función estimulante hacia la aspiración para la salud. Esto ha sucedido también porque justamente a partir de los años siguientes a 1948, se demostró que muchos pueblos de la tierra habían alcanzado una condición de mayor bienestar.

La segunda utopía, comprendida en la fórmula *“Salud para Todos en el año 2000”*, fue lanzada por la OMS en los años setenta, justo en la culminación de un ciclo sanitario positivamente desigual, pero rápido y difuso, y por esto sin precedentes en gran parte del mundo. La fórmula fue acompañada de proyectos, plazos y empeños de muchos gobiernos, pero tuvo desde el inicio un impacto menor al precedente, no sólo porque mostró desde el principio su carácter utópico y a veces eludible, sino más aún porque poco después fueron cambiando las condiciones político-sociales que hubiesen permitido acercarse a la meta.

La conferencia sobre la promoción de la salud, organizada por la OMS en Sundsvall (Suecia) del 9 al 16 de Junio de 1991, constató el substancial fracaso de este objetivo. En el documento final, la conclusión fue que las condiciones laborales y ambientales, las guerras, las deudas externas, la pobreza y los otros factores, hacían que el objetivo de Salud para Todos en el año 2000 fuese extremadamente difícil de alcanzar. Antes del voto, fue propuesto insertar en lugar de esa frase, esta otra: *“todo esto está transformando la Salud para Todos en salud para pocos”*. La formulación no fue aceptada, ya sea porque las razones diplomáticas opacan frecuentemente el lenguaje de la OMS o ya fuese porque no supo aparecer como una respuesta a la verdad. En una población mundial que se acerca a los 6 mil millones, en efecto, no serán ciertamente pocos aquellos que gozarán al fin de este siglo de una buena salud, o de todos modos mejor que en los decenios precedentes. Se puede decir, en cifras bastante aproximadas, cerca de los dos mil millones, esto es un tercio. Otro tercio la tendrá discreta, y el tercio restante, decadente, empeorante o pésima. Este último tercio, sin embargo, está creciendo a causa de la mayor dinámica demográfica que se manifiesta en aquellas áreas del mundo que son definidas en vía de desarrollo, pero que refutan-

do los eufemismos, se encuentran comúnmente en estancamiento, o en vía de ulterior subdesarrollo. En estas áreas están resurgiendo enfermedades que se creían vencidas desde hace tiempo, como el cólera que reapareció después de casi un siglo en América Latina, o bien están aumentando las enfermedades endémicas y letales, como la malaria que en Africa se suma a los efectos devastadores del sida.

Pero también en los países más ricos son dos los fenómenos alarmantes. Uno es que también aquí vuelve a manifestarse el riesgo de las enfermedades infecciosas. No sólo del sida, pero también de uno de los flagelos que caracterizaron al siglo XIX, la tuberculosis. La OMS ha considerado que los Estados Unidos, Suiza e Italia son, entre los países desarrollados, aquellos en los cuales se ha manifestado el mayor número de nuevos casos desde 1987 hasta 1991. A la aparición o reaparición de las enfermedades transmisibles, ha seguido, como fenómeno cultural, la aparición de la antigua asociación entre enfermedad, culpa y castigo.

Es justo subrayar, con orgullo de modernos, que salvo pocas excepciones (como la segregación de los enfermos en Cuba, o la irritante acusación del cardenal Siri contra la *enfermedad del pecado carnal*), la estrategia para la contención del sida ha estado basada más sobre el valor de la libertad individual que sobre el control de los enfermos; más sobre la solidaridad hacia ellos que sobre la (falsa) seguridad de los sanos. Dos estudiosos, el filósofo John Harris y el bioestadístico Soren Holm, han comparado los modelos de difusión epidémica y de reacción política verificando los del sida, y aquellos recordados en las crónicas por algunos flagelos del pasado, como la lepra y la peste. Y se han preguntado, considerando la posibilidad de que la humanidad deba enfrentar nuevas enfermedades emergentes: el actual comportamiento más abierto y humanitario ¿se ha debido al progreso moral o más bien a la escasa capacidad difusiva del virus del sida, el cual no se transmite a través de los normales contactos sociales? Y entonces ¿La tolerancia se mantendría en caso de que debiesen aparecer virus más difusos que el del sida? Es de esperar que el segundo problema quede en teoría. Pero la reaparición de la tuberculosis

en los países desarrollados, que es la consecuencia de muchos factores (entre ellos la resistencia de las bacterias a los antibióticos, las infecciones asociadas con el sida, el crecimiento de la marginalidad y de la pobreza urbana) es ya acompañada por la acusación a los inmigrantes de que son ellos los portadores de las enfermedades, acusación que no tiene en cuenta el hecho de que ellos, habitualmente, son las víctimas a causa de las condiciones de trabajo, de la nutrición, de la vivienda, de depresiones psicológicas, que sufren aquí donde ellos llegaron. Pero los conceptos de culpa y castigo se representan también más allá del campo de las enfermedades infecciosas. Las polémicas culturales y las oscilaciones legislativas en el fenómeno de la droga son claros testimonios.

Otro fenómeno alarmante es que también en los países desarrollados la distribución de la salud (y de la posibilidad de vida) no responde al objetivo "para todos". En la conferencia de Sundsvall, Ingrid Thalen, ministra sueca de la sanidad, se ha referido con sinceridad a que en su país, donde la población se sitúa entre las más sanas y mejor asistidas del mundo, la vida de los operarios de la industria manufacturera dura en promedio, diez años menos que la de los trabajadores que hacen trabajos más salubres, autónomos y satisfactorios y que tienen un nivel más alto de instrucción. Hay que recordar que en el inicio de los años 80, la oficina europea de la OMS elaboró un programa de 39 puntos para realizar la estrategia de Salud para Todos, y puso como objetivo el siguiente: para el año 2000 las diferencias en estado de salud entre los países y entre los grupos que conforman cada país, deberán ser reducidas al menos el 25% mejorando el nivel de salud de la nación y de los grupos en desventaja. A pocos años del vencimiento (año 2000) resulta que la cuota del 25% será probablemente alcanzada pero en sentido opuesto a lo previsto: en aumento de la diferencia. Aquella entre las naciones del Oeste y del Este había ya crecido desde los años 70 a los 80, como consecuencia de la crisis del modelo soviético, de la gestión de la economía, de relaciones humanas y sociales, y han continuado presentando casi una tendencia generalizada (y casi única en el mundo, en este siglo) al empeoramiento de los principales indicadores de salud. Las diferencias en lo interno de los países del Oeste, calculadas según

las clases sociales, el rédito y el nivel de instrucción, están por doquier en crecimiento a partir de la mitad de los años 80, y esta tendencia no tiende a modificarse.

3. *La medicina occidental y el derecho a la Salud*

La inequidad distributiva de la salud y de las enfermedades, que entre los individuos está basada también en su diversidad genética, psicológica y de comportamiento, y entre los grupos humanos principalmente sobre factores sociales y culturales como la instrucción, el trabajo, la vivienda y la nutrición, ha sido objeto de muchas y divergentes interpretaciones. La mayor tasa de mortalidad de los negros sobre los blancos en los Estados Unidos, por ejemplo, ha sido atribuida además a la menor fuerza biológica de su raza, estela de una escuela antropológica que hace un siglo (E. D. Cope, 1887) evidentemente en la era pre-olímpica, había afirmado que un signo evidente de su inferioridad física era la “*musculatura deficiente de la pantorrilla*”. Ha sido también adoptada la “*deriva social*”, esto es la existencia de sujetos que como consecuencia de enfermedades, son precipitados del bienestar a la pobreza, como demostración de una relación causal inversa entre pobreza y enfermedad, y como confirmación que cada uno tiene lo que se merece. Si esta fuese la regla, la ética tendría muy poco que decir. Es difícil en efecto transferirle a la naturaleza el concepto del bien y del mal, y demasiado fácil criticar quién es causa de la propia desgracia.

Sobre el origen de la enfermedad y también de su desigual distribución, existe además una explicación teológica, formulada en

... en la tierra de Mark Twain. Todo nace, escribió, de la profunda maldad del Dios creador: *“el ser humano, esta es la tesis, es una máquina, una máquina automática compuesta de una gran cantidad de mecanismos complejos y delicados, que cumplen su función armoniosa y perfectamente, obedeciendo a las leyes establecidas para su gobierno, y sobre las cuales el hombre no tiene autoridad, dominio ni control. Para cada una de esta gran cantidad de mecanismos, Dios ha estudiado un enemigo, cuyo deber es el de atormentarlo, afligirlo, perseguirlo, dañarlo y martirizarlo con dolores y sufrimientos para finalmente destruirlo. Ningún mecanismo ha sido descuidado. Desde la cuna hasta la tumba estos enemigos están siempre en acción, no conocen el reposo, ni el día ni la noche... Escribiré entre paréntesis que Dios tiene siempre una especial atención hacia los pobres. Nueve de cada diez enfermedades por él inventadas son destinadas a los pobres, y ellos efectivamente las reciben. A los ricos sólo los adelantos. No se piensen que yo hablo sin saber, porque no es así. La mayor parte de las enfermedades inventadas por el Creador son estudiadas particularmente para perseguir a los pobres”*.

Mark Twain agrega otros dos argumentos, como pruebas ulteriores a cargo de la maldad divina: la aseveración de que los microbios *“eran la parte más importante del cargamento del Arca, la parte de la cual el Creador estaba más ansioso y más enamorado”*; y la consideración de que *“todos los agentes de la muerte particularmente crueles, inventados por el Creador son invisibles. Es una idea ingeniosa, que por muchísimos años ha impedido al hombre descubrir el origen de las enfermedades, frustrando así su esfuerzo para dominarlas”*.

Es necesario agregar que algunos intérpretes de esa voluntad, han hecho lo posible para justificar esta hipótesis sobre el origen de las enfermedades. Éstas fueron una promesa hecha por Dios a Moisés, de que serían enviadas a los hombres como castigo por no haber respetado las leyes divinas; como lo dice Moisés: *“El Eterno te enviará extraordinarias plagas con las cuales te golpeará a ti y a tu descendencia; plagas grandes y persistentes y enfermedades graves y persistentes, y hará volver sobre ti todas las enfermedades de Egipto”* (Deuteronomio 28:15-45).

Se sostuvo también una interpretación opuesta, vale decir que las enfermedades podrían ser una señal de la gracia de Dios. Es entonces que en 1984, en la carta apostólica *Salvifici doloris* Juan Pablo II afirmó que: *“el hombre encuentra el sufrimiento, la paz interior e incluso la alegría espiritual; se reencuentra con su propia humanidad y su propia dignidad”*; pero justamente en un lugar de sufrimiento y de esperanza, como siempre ha sido Lourdes, la respuesta de una mujer encargada de hablar con su presencia en el nombre de algunos cristianos: *“nosotros, enfermos, más que ser ayudados con las palabras cristianas, encontramos a menudo razón para exacerbarnos, para rebelarnos. Cuando se dice que Dios prueba a aquellos que ama, nosotros sabemos que esto es falso y repetimos de acuerdo con Jobbe: cesa de atormentarme, de aplastarme con tus discursos”*.

No he hecho estas citas, que colocan uno al lado del otro, en forma azarosa, Mark Twain y Juan Pablo II, por espíritu blasfemo. Lo he hecho para subrayar algunos temas morales, como la relación entre la enfermedad y la culpa, entre equidad y salud, entre sufrimiento y dignidad; que tienen antiguas semejanzas y que tienden siempre a reaparecer. El contexto, sin embargo, ha cambiado en el tiempo. También porque los microbios generalmente se han hecho visibles, y se ha demostrado entre otras cosas, que Dios no era tan perverso, porque ha finalmente permitido a los hombres reconocerlos y en muchos casos, vencerlos.

En esto contribuyó también la medicina, a partir al menos del siglo XVIII, y especialmente la medicina occidental con sus descubrimientos, su visión del enfermo, sus técnicas para el diagnóstico y las terapéuticas. Surge en este punto una pregunta: ¿por qué la medicina occidental se ha afirmado por doquier en el mundo? A cualquiera, hoy, la pregunta podría parecerles impropia por lo menos por tres motivos: porque persisten y se difunden otras medicinas que tienen comúnmente un fundamento ético más holístico; porque se encuentran en dificultades todos los modelos asistenciales contemporáneos que han nacido y desarrollado con ella, aquellos basados en los seguros privados, o en la seguridad social, o en los servicios sanitarios nacionales; porque finalmente se han

acentuado, en la relación médico-paciente, elementos de paternalismo y autoritarismo que niegan un principio moral, aquel de la autonomía del individuo, el cual no puede ser suspendido cuando el individuo está enfermo. Aunque si es útil detenerse en estas objeciones, que contienen un fondo de verdad, la pregunta no puede ser "sí"; debe quedar "porque" la medicina occidental ha vencido. Es un hecho que ella se ha convertido en un modelo casi universal, algo que nunca jamás había sucedido con ningún otro tipo de medicina; y no se puede decir que su difusión en todo el mundo haya acaecido sólo por la estela que dejaron las armas del poder, de la industria y de la información: a menudo, en efecto, la medicina ha precedido a todo esto y ha abierto así el camino a otras influencias occidentales.

La respuesta más simple es esta: ha vencido porque donde ha actuado ha sabido mejorar la salud individual y colectiva. La atribución exclusiva o prevalente de este mérito de la medicina, ha desarrollado sin embargo una controversia desde que Mc.Keown, *The role of medicine: dream, mirage, or nemesis* (1979,) demostró que la disminución de muchas enfermedades, como por ejemplo la tuberculosis en el siglo pasado, ha sido anterior y no consecuencia, de la adquisición de los conocimientos etiológicos y de los medios terapéuticos específicos. No hay duda de que en la reducción de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades infecciosas y carenciales, han intervenido decididamente otros factores: los progresos en la economía, la difusión de la educación, el mejoramiento en las condiciones de trabajo, de la nutrición y de la vivienda. La importancia de estos factores redimensiona el mito fascinante y péligroso de la omnipotencia, de la profilaxis y de la terapia, como instrumentos válidos para cada uno de los males existentes y posibles. El mito fue construido sabiamente, no sólo por los médicos y científicos, sino también por muchos historiadores, en base a los éxitos reales de las vacunaciones, de los fármacos y de la cirugía.

Pero la influencia cultural y práctica de la medicina occidental se proyecta bastante más allá de los conocimientos etiológicos y patógenos, de las técnicas terapéuticas y del diagnóstico, que per-

miten en algunos o en muchos casos, resolver problemas individuales o colectivos de salud. La medicina occidental ha contribuido, partiendo de las enfermedades, al conocimiento del cuerpo y de la mente, de la fisiología, de la psicología y de los comportamientos humanos; ha estimulado el descubrimiento del nuevo mundo de los microbios, de los parásitos y de sus ciclos vitales; ha incitado la investigación en la biología de base, en la química y en la física; en muchos campos ha sustituido la ignorancia y la superstición por el conocimiento científico. Pero más aún, ha demostrado que la buena o la mala salud no es un hecho inmutable sino una condición transformable; y ha sustituido a las ideas sacramentales de destino o de culpa, ambas asociadas desde siempre a las enfermedades, por una idea laica, fundada en la experiencia: la idea de que es posible contrarrestar y vencer a muchas enfermedades.

De todo esto han tomado consistencia: un principio moral, la consideración de que la salud es un valor en sí, perseguible y alcanzable en función de crecimiento humano, conectable pero no subordinable a intereses externos como el aprovechamiento, las utilidades materiales o la salvación espiritual; y ha tomado fuerza una esperanza, asociada a un objetivo jurídico-político: el derecho a la salud.

El fundamento histórico y práctico de este derecho es diferente al de los otros derechos humanos, como el de la libertad, los cuales se han afirmado en los últimos siglos, y es más reciente. Sería equívoco sostener que el derecho a la salud está implícitamente contenido en el derecho a la vida, el cual está en el proyecto original de la Declaración de la Independencia, escrito por Thomas Jefferson en 1776: "*Nosotros juzgamos esta verdad sagrada e innegable: que todos los hombres son creados iguales e independientes, que de esa igualdad se derivan derechos inherentes e inalienables, entre los cuales se encuentran la preservación de la vida, de la libertad y el de buscar la felicidad*". Reivindicar el derecho a la vida en aquella época, aspiraba especialmente a protegerla del abuso personal y del arbitrio legal. Para señalar la diferencia Mervyn Susser, director del *American Journal of Public Health*, ha escrito: "*Los fundamentos filosóficos de la moderna idea de los derechos*

humanos universales, tienen raíces en el iluminismo del siglo XVIII; los fundamentos políticos en las revoluciones americana y francesa". Muchos de estos derechos son negativos; se le impone a la sociedad de no interferir, de modo tal que sea protegida por las leyes. La salud es un derecho diferente: es positivo en cuanto la sociedad tiende a conferirle un beneficio promoviéndola. Este derecho no puede fácilmente imponerse por ley; eso le crea a la sociedad obligaciones que nadie podía confiar en cumplir hasta los tiempos actuales. Seguramente la salud ha sido siempre una aspiración y una necesidad. Pero en los siglos pasados, aunque si podía ser una necesidad más urgente a causa de la mayor frecuencia de graves epidemias y de muertes prematuras, la salud podía ser invocada pero no alcanzada. Existe en efecto una diferencia sustancial entre necesidades y derechos: una necesidad puede transformarse en un derecho sólo cuando existen las condiciones históricas (comprendido incluso el conocimiento científico) para darle respuesta sobre una escala amplia o universal.

La afirmación de este derecho corresponde pues a los progresos no sólo de la conciencia pública, sino también de la capacidad productiva, de la ciencia, de la técnica y también de la medicina. Sus progresos, al final del siglo XVIII, no fueron sólo cognoscitivos y terapéuticos sino también preventivos y sociales. Primero en los municipios de Italia, los progresos de los conocimientos médicos fueron asociados a medidas de sanidad pública y de asistencia a los pobres. A fines del siglo XVIII, Johann Peter Frank, representante de Viena, fue el encargado de reorganizar la sanidad en las provincias lombardas del Imperio; generalizó el sistema de los dispensarios municipales, atribuyéndoles además de sus deberes higiénicos, los asistenciales, consiguió éxitos y encontró resistencias, las que lo llevaron finalmente a su "honorable reclamo" desde la capital. A él se habían opuesto principalmente los docentes universitarios, a los cuales les había doblado sus horas de clase, y el poderoso colegio farmacéutico al cual le había puesto bajo control el precio de los medicamentos.

En el siglo siguiente, el epicentro de las investigaciones y de la acción pública hacia la salud, se desplazó hacia Inglaterra don-

de aparecieron, casi contemporáneas, la investigación de Edwin Chadwick sobre *La condición sanitaria de la población trabajadora en Gran Bretaña* (1842) y la de Frederick Engels *La situación de la clase obrera en Inglaterra* (1845). Esta coincidencia, fruto incluso de una común indignación por el inhumano abuso de los trabajadores en aquella época, muestra de un modo singular cómo personalidades e ideas divergentes, pueden encontrarse cuando maduran históricamente las posibilidades en torno al tema de la salud. El joven Edwin Chadwick había sido discípulo de Jeremy Bentham, el teórico del utilitarismo, teoría cuya fórmula "máxima felicidad para el mayor número de personas", es la que estimula a calcular no las consecuencias próximas e inmediatas de las acciones humanas, sino aquello que contribuya a un bienestar amplio y durable; es la que justifica el altruismo, partiendo de presunciones egoístas, y que está hoy en la base de una de las principales corrientes bioéticas. Después de haber compartido las críticas de Bentham a la *Poor Law* (ley sobre los pobres), él se convence de que las enfermedades generaban pobreza y la pobreza desórdenes sociales; y promueve sobre una vasta escala en Gran Bretaña, los servicios médicos públicos y la *sanitation* como medidas dirigidas a mejorar la salud y a atenuar la pobreza. El joven Engels, cuando publicó su investigación, había ya hecho contacto con Karl Marx, el cual en 1844, había puesto a punto en su *Manuscritos económicos-filosóficos* los fundamentos de un humanismo, que de acuerdo a algunos fue enriquecido y de acuerdo a otros traicionado, del economicismo de sus mayores obras. Engels consideraba de todos modos a la salud como un valor humano intrínseco, independientemente de los criterios de utilidad o de conveniencias sociales, y veía que muchas enfermedades eran causadas por la explotación en el trabajo, y de las pésimas condiciones de vivienda y de nutrición de los pobres.

En la segunda mitad del siglo XIX y en la primera mitad del siglo XX, de estos encuentros heterogéneos, de la contribución de las corrientes religiosas y políticas, de los intereses de los gobiernos y de la trama de todo esto con los progresos de la medicina, nacieron dos importantes adelantos. Uno, fue la intervención creciente del Estado (como administración central y local) en la salud

individual y pública, por medio de leyes y de instituciones, pero también a través de un "encargo general" atribuido a la profesión médica. Ésta lo conquistó ya sea con la mayor eficacia de las curas y con una actitud más humana hacia los pacientes (que está reflejado en la literatura del siglo XIX: si se confronta la tipología de los médicos de Balzac respecto a la de Molière), ya sea con su participación intensa en los movimientos populares y en los programas de sanidad pública. Gradualmente el médico se convirtió así en un importante intermediario entre el gobierno de la nación, los individuos y la sociedad, con el fin de acrecentar el bienestar como el consenso de la población, de promover la estabilidad como el control social. Contemporáneamente hubo otro progreso: la aparición primero en forma voluntaria y luego obligatoria de los seguros contra las enfermedades, cuya intención fue la de garantizar de un modo justo el acceso a las curas estimulando la solidaridad entre los individuos y entre las categorías.

Todo esto contribuyó, en poco más de un siglo, a realizar un progreso sin precedentes en la salud, principalmente en los países desarrollados. Pero la salud misma ha quedado distribuida en forma desigual. Lo subrayó en 1943, delineando las causas, Henry Sigerist en *Civilization and Disease*: *"En un mundo que podría producir todos los alimentos que la gente pudiese eventualmente consumir; en una época en que la ciencia ha avanzado lo suficiente como para utilizar sistemáticamente todos los recursos de la naturaleza y de producir todos los bienes que pudiesen ser usados, la gran mayoría de los habitantes de la tierra están todavía en un nivel que no les permite vivir una vida sana. La pobreza es aún la causa principal de las enfermedades, y es un factor que está más allá de ser controlado de inmediato por parte de la medicina"*. La pobreza material (tanto como la cultural) como también realizar una actividad laboral insalubre, poco calificada y satisfactoria, favorece la acción de todos los factores específicos de las enfermedades, obstaculiza la adopción de medidas preventivas, y hace más difícil el curarse.

En el último medio siglo, algunas naciones relativamente pobres como China y Cuba, aunque limitando libertades fundamentales,

han alcanzado niveles de salud similares e incluso superiores (como Cuba en el continente americano) a aquellos de países más ricos. Otros países de occidente, partiendo del crecimiento productivo y de las políticas sociales ya existentes en el siglo XIX, han introducido sistemas que han sido definidos como "Welfare State".

Me detendré en esta última experiencia, que es ahora objeto de los mayores cambios y de las más encendidas discusiones. En el plano de los hechos, es sin duda alguna que se ha alcanzado, donde han sido implantados sistemas de seguros sociales obligatorios como en Francia y Alemania, servicios sanitarios nacionales como saneamiento ambiental, más agua, cloacas e higiene colectiva, o en Gran Bretaña, España e Italia, destinando menos fondos (en valores absolutos y relativos) a los servicios sanitarios, un nivel de salud mejor respecto a los Estados Unidos, donde ha prevalecido el sistema, a veces más eficiente pero más costoso y menos eficaz en términos colectivos, de los seguros privados. Todos los principales indicadores de salud, de la mortalidad infantil hasta el promedio de vida desde el nacimiento, confirman esta diferencia debida más que a la acción específica de los servicios públicos, a la cultura del "Welfare State". Esto ha sido una fusión consolidada en Europa, de solidaridad y de lucha, de dirigismo y de participación, de medicina científica y de placebo, de derechos humanos y de normas contractuales, de libertad personal y de aspiraciones a una corporeidad sana, de la búsqueda del bienestar intenso en el propio sentido como el "estar bien" personal, y de compromiso por la salud colectiva.

Hasta algún tiempo atrás todo parecía simple. Al Estado le estaba atribuido el deber de abastecer las necesidades de los ciudadanos "de la cuna al ataúd", como se decía con una expresión probablemente de mal agüero y ciertamente paternalista. El sistema de "Welfare State" parecía destinado a perpetuarse y a expandirse indefinidamente. Pero en los años 70 empezó, y en los 80 se manifestó abiertamente su crisis. Ella apareció antes que nada (no podía ser de otro modo, en tiempos en que la moneda se convertía en la medida universal de la economía y hasta de la ética) como crisis fiscal, debida a la imposibilidad de controlar

el aumento de los gastos para la salud y la prevención por efecto de muchos factores; entre los cuales se incluyen los cambios positivos introducidos por el "Welfare State", como el aumento de la población anciana y el crecimiento de las exigencias de la atención a la salud.

Aparecieron menos evidentes, al principio, otros factores más importantes conectados con la crisis. Entre éstos, uno político y otro funcional. La crisis política fue definida por Hans Jonas (*Das Princip Verantwortung*, 1979, en italiano *Il Principio Responsabilità*, 1990) como "el difícil problema de una asistencia social que reduce al ciudadano a súbdito antes que a emanciparlo". Esto ha contribuido a distorsionar la realidad sanitaria porque los súbditos, se sabe desde que existe la monarquía, reclaman peticiones al soberano sin preocuparse porque éstas sean justas o injustas, compatibles o incompatibles con la administración del Estado; con frecuencia los súbditos fieles se transforman en postulantes astutos e irresponsables. Muchos ciudadanos han así perdido o delegado la propia autonomía moral y práctica.

La crisis funcional ha golpeado profundamente a los servicios y a las profesiones, que especialmente en el sector público (y en los sectores privados subvencionados por el Estado) han disminuido casi por doquier y en términos de calidad, humanidad, eficacia y honestidad. De todo esto existen amplios análisis y testimonios (incluido el mío *La milza di Davide. Viaggio nella malasanità tra ieri e domani*; 1994). Pero más allá de las verdaderas y propias degeneraciones, que han sido más relevantes en Italia que en otros países, en el origen de la crisis funcional, han habido también distorsiones morales y prácticas en los fundamentos del "Welfare State". Del principio moral de la justicia, que debiera aconsejar y garantizar a todos las terapias válidas, sólo se esbozó la idea de racionar lo necesario y de proveer a algunos lo superfluo (por ejemplo el disfrazar a la cirugía estética de cirugía plástica, o bien el desborde de las curas termales a cargo del Estado). Se ha hecho coincidir el concepto de equidad con la solicitud generalizada de gratuidad, y comúnmente la eficiencia de los servicios ha sido despreciada como "eficientismo", considerándola sustan-

cialmente como un obstáculo antes que como una exigencia funcional. A la idea de los derechos, en muy raras ocasiones, se la asoció con la idea y la práctica de los deberes.

Estas tendencias regresivas se han manifestado en formas diversas y en casi todas las experiencias del "Welfare State". Muchos han atribuido su crisis a la ola neo-liberal que se ha impuesto casi por doquier, desde el comienzo de los años 80 y que ha hecho prevalecer otros modelos y otros valores, como la competencia entre los individuos más que su solidaridad. Pero a esta constatación es obligatorio agregarle una pregunta: ¿A cuáles defectos del "Welfare State" les es atribuido el rápido suceso de tal ola? En esta pregunta están implícitas otras dos: el acceso a la salud o al menos a los servicios sanitarios ¿Puede ser mejor garantizado a través del mercado, a través del derecho o a través de una integración (y en qué forma) de uno y del otro? El "Welfare State" ¿Puede o debe ser defendido? Sobre este último punto está afianzándose la opinión de replantearse cuán positivo ha sido este sistema para que no se desgaste irreversiblemente, si debe ser removido en el plano ético, transformado en el organizativo y actualizado en el práctico.

Finalmente se presenta la pregunta más importante. El "Welfare State", su cultura y sus instituciones, sus reglas y su ética, sus ventajas y sus defectos; ¿Representan un paréntesis histórico que se abre en el inicio del siglo XX y en él se cierra? ¿O bien es una experiencia destinada a renovarse y a señalar una meta aún para otros países, por haber sabido conjugar más que otros las exigencias de la salud, la aspiración a la justicia y a la estabilidad de la democracia?. Las extravagancias de la historia señalan, por ahora, que mientras el "Welfare State" tiene dificultades en los lugares en donde se ha adoptado y en cualquier medida realizado (a nuestra experiencia se ha asociado en una forma propia y original el Japón), comienza a sugerirse en el mayor país desarrollado, los Estados Unidos, que hasta ahora lo había rechazado.

4. *¿La medicina usurpará la vida?*

En los últimos decenios ha aparecido un fenómeno que puede ser considerado como una consecuencia imprevista, embarazosa y a veces dramática de uno de los progresos más significativos de la medicina occidental: la creciente tendencia de transformar en objetos de compra y venta a los tejidos y órganos humanos. Su rendimiento se concretó por primera vez cuando éstos fueron utilizados o transferidos a otras personas, con sus ventajas inmediatas, como consecuencia de los conocimientos de base adquiridos en el campo genético e inmunológico, a las técnicas primero de las transfusiones, luego de los trasplantes y finalmente a la fecundación asistida. La compra-venta concierne ya a casi todo el cuerpo (masculino y femenino) salvo por ahora el cerebro: las secuencias del genoma humano (por las cuales ya se han presentado requerimientos de patentes), los espermatozoides y los óvulos, los embriones y la función uterina, la sangre y los órganos. Tal compra-venta tiene, por ahora relativamente escasa difusión, excepto por el cobro o remuneración parcial en el caso de la sangre, que se ha generalizado en algunos países y que por el momento no influye mucho sobre la salud colectiva. Ella determina sin embargo la salud y el destino de las personas comunes (nacer, vivir, curarse o morir), tiene un impacto creciente en la opinión pública; suscita muchas controversias jurídicas y morales, y está tal vez destinada a constituir uno de los temas éticos más discutidos de nuestro tiempo.

Más allá de los interrogantes intrínsecos, conectados con el juicio moral sobre la adquisición, sobre la intermediación profesional y sobre la venta de partes del cuerpo humano, este fenómeno suscita dos interrogantes generales: si es o no una consecuencia inevitable no del mercado en sí, pero del hecho de que el mercado se ha convertido en la medida y en el valor dominante de las relaciones humanas y sociales; y si es o no el inicio, la punta extrema y la metáfora de una relación entre la medicina, la vida humana y los intereses mercantiles, que tiende a generalizarse.

Se puede de todos modos afirmar que la medicalización de la vida, una expresión que fue muy usada en los años 50, como crítica hacia la tendencia de la medicina a ocupar y usurpar los lugares y los tiempos más cruciales de la existencia humana, se entrelaza ahora con la mercantilización de la medicina, con la tendencia a transformar en mercadería o dinero cada parte del cuerpo y cada acto aplicado a la vida y a la salud.

Puede ser útil recordar que las primeras críticas a la medicalización giraron por ejemplo hacia el parto en el hospital: esto, decían, le quitaba a la madre el sostén de los parientes y vecinos; la dejaba sola para sufrir con las manipulaciones de técnicas extrañas y desconocidas, le impedía su participación como sujeto activo en la extraordinaria experiencia del nacimiento y del primer contacto con el hijo, quien inmediatamente después sería transferido a otro sector; la medicina pretende en suma, dictar los horarios y las modalidades de esta relación que debe ser lo más espontánea posible, íntima y natural. Otro tanto, decían, se había deshumanizado otro evento decisivo para la vivencia individual: la muerte. También compartiendo algunos aspectos de estas críticas, sostuve entonces que ellas no debían inducir a la nostalgia. Recordad que cuando el parto se desarrollaba de modo "natural", el nacimiento era frecuentemente causa de muerte para el hijo y a veces para la madre misma, mientras que después la mortalidad neonatal se redujo hasta menos de un 10%, y la muerte por parto es hoy considerada, al menos en los países desarrollados, un evento excepcional. Recordad que cuando no había cuidados especiales ni hospitales modernos, la muerte sobrevinía "natu-

ralmente" pero a una edad promedio que era la mitad respecto de la actual, la cual es más cercana al destino "natural" de nuestra especie. Era necesario, por lo tanto, dar apoyo a las doctrinas y a las experiencias prácticas orientadas hacia la recuperación de la naturalidad, de la intimidad, de la participación del sujeto en estos actos cruciales de la vida humana, pero en un contexto de asistencia especializada y eficiente.

He tenido el temor, en suma, de que las críticas además de solicitar su humanización, hicieran emerger nuevamente la hostilidad oscurantista hacia toda la medicina moderna, como ya había sucedido en el pasado. Por ejemplo, en el siglo XVIII contra la vacunación antivariólica acusada de oponerse en sus designios inescrutables a la Divina Providencia considerada la única dueña de la vida y de la muerte, de la salud y de la enfermedad; y después en el siglo XIX hacia el descubrimiento y las aplicaciones de la bacteriología, acusada de ser igualmente subversiva, en su enfrentamiento con Dios y a su inmutable ordenamiento de la naturaleza, como lo había sido la teoría de Darwin sobre la evolución.

Sucesivamente no he cambiado de idea acerca del riesgo de que a través de la crítica a la medicalización, se consiga poner bajo sospecha a toda la ciencia y a la medicina moderna. Pero la trama de ésta con la mercantilización impone una reflexión actualizada. Ésta puede partir de la indicación de dos casos extremos y diferentes entre sí, pero que tienen igual causa, el nacimiento: uno en Italia y el otro en Brasil.

En Italia, el 23 de Abril de 1993, el jefe de ginecología del hospital público de la ciudad de Cosenza, fue arrestado con otros cinco médicos del plantel. La investigación judicial con la acusación de homicidio culposo, había sido iniciada por la muerte en el parto de una mujer que se había negado a pagar el millón de liras que los médicos pretendían (y que habían ya recibido de otras 600 parturientas) para su atención y posterior recuperación en condiciones adecuadas. Las mujeres que no pagaban, eran colocadas en cambio en pasillos repletos, visitadas a última hora, expuestas a riesgos, incómodas; ellas perdían así todo aspecto positivo

del parto hospitalario. En Brasil, he sabido que en la ciudad de San Pablo, y también en otras áreas urbanas, el 60% de los partos en los hospitales se realizan con el método de cesárea, también porque el instituto de seguridad social, paga más por la cesárea que por el parto natural. En otros países existe también el exceso, pero en menor medida. La OMS cree que en las indicaciones clínicas existe un máximo del 10% de embarazadas, pero en Italia el índice aumenta al doble y en Estados Unidos éste es aún mayor. Lisa Mc Kenzie y Patricia A. Stephenson han analizado la frecuencia de las cesáreas en el Estado de Washington, en relación al tipo de hospital, descubriendo que ésta sube un 17% en los hospitales religiosos; el 21-22% en aquellos "non-profit" y públicos, y al 36% en los hospitales privados; en éstos últimos la media de las parturientas presentaban menos exigencias clínicas con respecto a las que estaban en los otros hospitales. El tipo de parto está, por lo tanto, condicionado por el modelo de institución, por orientaciones y por las modas culturales, pero por encima de todo, por la ganancia de los médicos.

En Brasil, se agrega a todas estas condiciones, el hecho de que son las mismas mujeres las que exigen la cesárea por dos motivos: a) la cesárea es considerada más segura que el parto natural dado que piensan como más riesgosas las condiciones higiénicas y asistenciales; b) a la cesárea se asocia frecuentemente la ligadura de las trompas, pedida por muchas mujeres, especialmente por aquellas que han tenido muchos hijos, como solución anticonceptiva. El precio (en dinero) de estas intervenciones está basado en el criterio de "ofertas especiales" de los supermercados: "lleve dos al precio de uno". De hecho, técnicamente se hacen dos operaciones en una; con respecto al pago: el seguro social cubre la cesárea y la mujer la ligadura de trompas.

No me detendré sobre los aspectos legales y éticos de la esterilización, sino para recordar que en Italia la ley N° 194 sobre el aborto, canceló el delito previsto por el código Rocco "procurar la impotencia para la procreación con el consentimiento de la mujer" y la corte de casación (sentencia del 18/06/87) admite la legalidad de la esterilización voluntaria. Señalaré además, que sobre este

tema se enfrentan hace tiempo dos interpretaciones éticas opuestas. Una que la incluye entre las prácticas moralmente legitimadas sobre el principio de autonomía, que comprende la facultad de disponer del propio cuerpo; la otra que excluye toda supresión de órganos o de funciones, en particular en la esfera procreativa, porque así se violarían "*la unidad de alma y de cuerpo... creado por Dios y destinado a la resurrección del último día*" (*Encíclica Gadium et spes, n° 14*). Con referencia al Brasil, es justo sin embargo subrayar otros dos hechos que tienen fuertes implicaciones morales. El primero es que la relación numérica entre las esterilizaciones masculinas y femeninas es de 1 a 40, señal que indica que el principio de autonomía sufre fuertes condicionamientos: un sexo mantiene la propia capacidad procreativa, el otro mucho menos. El segundo es que en toda América Latina, la esterilización femenina es el método anticonceptivo más frecuente, por muchos motivos, pero también por efecto de la hostilidad de la Iglesia Católica al uso de la píldora, el preservativo y de otras técnicas globalmente condenadas como antinaturales, pero ciertamente menos traumáticas que la esterilización, y por encima de todo, reversibles.

Pero el caso brasileño no termina aquí. Sucede frecuentemente, en realidad, que hay mujeres esterilizadas que "se arrepienten" y que piden volver a fecundar. Dado que la recanalización de las trompas es una operación raramente posible, los médicos les ofrecen la elección (casi siempre ilusoria) de la fecundación in vitro o del implante en el útero de los óvulos fecundados. De este modo la fecundación artificial, que en los países más desarrollados es indicada como remedio para la esterilidad, allá es utilizada como remedio para la esterilización. El ciclo de la medicalización termina así cumpliéndose. La actividad total reproductiva de la mujer es condicionada, y los hilos conductores de todo esto son por un lado la mercantilización del cuerpo femenino, y por el otro la ganancia de las instituciones y de la profesión médica.

En definitiva, en el plano ético nunca ha sido tan exaltado como ahora, en el prospecto de la libertad moderna, el principio de la autonomía y de la disponibilidad del propio cuerpo; y al mismo

tiempo el cuerpo nunca ha sido tan sometido a un control externo más totalizante. Pero en este punto del discurso puede resultar útil definir mejor el concepto de medicalización, quizás para evitar comprometer con la crítica, a los extraordinarios beneficios que la medicina ha aportado a la salud humana. La medicalización no puede ser confundida con la creciente influencia ejercida por la medicina en la vida cotidiana, ni con el creciente prestigio de la biomedicina; es decir con dos fenómenos positivos que han contribuido a otorgar mayor valor a la vida humana. Pero existe también el riesgo de que la medicina, fuente de defensa y mejoramiento de la vida, usurpe la vida misma en sus múltiples manifestaciones. Esta tendencia, que puede ser nefasta también para la medicina, presenta tres aspectos entrelazados entre sí.

Uno es la tendencia de considerar a la medicina y a la profesión médica como el único modo justo y posible para mejorar la salud, ya sea individual o colectiva. Esta idea tiene su origen en el hecho de que casi todos los países, en hombres y mujeres de casi todas las edades ha aumentado el deseo de salud como efecto de la libertad, de la cultura, de vislumbrar que un mejor bienestar es una meta posible. Pero las distorsiones y presiones que han acompañado el crecimiento de este deseo, alimentado por una información dirigida y sugerida, han hecho que ya, para cada aspecto de la salud, la demanda de los ciudadanos sea devuelta como si se tratara de la compra de una mercancía o la apelación a una profesión, y que pasen a segundo plano los factores de salud que dependen de elecciones colectivas y de comportamientos personales que no sean negociables o transferibles a una u otra categoría de especialistas. Los dos seres humanos que están asociados, sufren una importante distorsión: el ciudadano delega parte de sí a un poder extraño, el médico es llevado a asumir esa representación, cada vez más amplia, sobre la vida del otro. Su función tiende a parecerse a la realizada por los sacerdotes y la completa cerrando el cerco: a los sacerdotes la cura del alma, a los médicos la del cuerpo.

Pero si la vocación sacerdotal está en crisis, la propensión a ser médico es altísima. En Italia ya hay más de 1 cada 200 habi-

tantes, y también en las grandes ciudades de países relativamente pobres como Brasil y la India, pronto habrá una sobreabundancia de ellos respecto de los enfermos efectivamente necesitados de cura. La tendencia invasiva crece. Como consecuencia de la cantidad, pero más aún de las orientaciones culturales, se consolida un estímulo peligroso al considerar fenómenos fisiológicos, como por ejemplo la menopausia y la vejez, como condiciones patológicas que requieren medidas terapéuticas. La multiplicación de los curadores sigue también otro camino: el uso de las estadísticas. Los centenares de sociedades médico-quirúrgicas que se especializan ocupándose de un órgano o de una enfermedad, emiten cada una boletines alarmantes sobre la cantidad, calculada en millones de casos, de personas que estarían absolutamente necesitadas de atención especializada como: diabéticos, hipertensos, cirróticos, reumáticos, neuróticos, cardiopáticos, ulcerosos, minusválidos físicos, sensoriales o mentales; o afectados del morbo de Skevas-Zerfus, de Tillaux-Focas, de Riest-Reiter-Fiessinger, de Brill, Symmers-Rosenthal, de Huchard, de Hueppe, de Huguier, de Hunt, de Huntington, de Huppert, de Hurler, de Hutchinson, de Hutinel, de Hyde y muchas más en vía de diagnóstico. Una vez, lleno de dudas, recabé todas estas informaciones, y llegué a la conclusión de que cada italiano estaba afectado, en promedio, de dos enfermedades y media.

Pero este uso de las estadísticas no existe sólo en Italia. La *Mental Health Foundation* de Londres, ha publicado un informe según el cual un niño inglés sobre cuatro está enfermo de la mente o desadaptado, entre estos, dos quintos en estado grave y un quinto gravísimo; todos requieren obviamente una asistencia especializada. Los diarios han hablado de "alarma de los psiquiatras ingleses", pero quizás la verdadera alarma deberá ser de los ingleses hacia los psiquiatras. Señalo finalmente, que como desarrollo casi inevitable de esta tendencia invasiva de la medicina, el hecho de que en los últimos años se está afirmando, para enfermedades, la hipertensión y el infarto, la necesidad de someter a los sujetos sanos, pero que pertenecen a familias predispuestas, a un tratamiento farmacológico durante toda su vida: "de la cuna al ataúd" precisamente.

Se enlaza a esta exasperación el segundo aspecto de la medicalización, que consiste en el hecho que la medicina, la profesión médica y la ciencia biomédica, son cada vez más consultadas, más que para develar, para esconder las causas de las incomodidades, de los conflictos y de las enfermedades; y terminan por consiguiente, en muchos casos, por prometer lo imposible y hacer fracasar lo posible. La revista médica norteamericana más autorizada "*The New England Journal of Medicine*" ha dedicado gran parte de un fascículo (08/07/1993) a este tema. En la nota editorial, Marcia Angell, ha afirmado: "*Somos demasiado diligentes en pretender medicar muchos males sociales. Por ejemplo, nosotros 'curamos' el abuso de drogas así como la cleptomanía, la compulsión por los juegos de azar y muchas otras co-dependencias. La publicidad televisiva de una empresa sanitaria prometía hasta 'ayudar' a los hombres que le pegan a sus mujeres... Pero es tiempo de cambiar esta tendencia y de ser más propensos a ver a las enfermedades como un resultado, directo o indirecto, de los factores sociales*".

Ala pregunta de "por qué" los Estados Unidos han impulsado la medicalización de los males sociales, James C. Hurowitz, ha contestado en la misma revista que: "*Primero, el gobierno nacional y los Estados se han resistido a asumir una función activa en el desarrollo de una política integral que pudiese reducir ese tipo de hundimiento social que conduce a las enfermedades individuales. Segundo, los profesionales médicos y los centros asistenciales han dado la bienvenida, aunque pasivamente, a una creciente confianza en los servicios sanitarios sin preocuparse por las causas de las enfermedades, y se han ampliamente beneficiado de la abdicación del gobierno a sus responsabilidades*". El ha propuesto constituir en los Estados Unidos un *National Institute of Social Health*, para estudiar la relación entre los factores socio-económicos y las condiciones de salud, y para evaluar la eficacia de la política social dirigida a mejorar la salud; una idea no aceptada, creo correctamente, por Marcia Angell, porque ella implicaría "*que nosotros lograríamos separar los factores individuales de los sociales, mejor de los que podemos*".

Efectivamente, la conexión entre los factores individuales con aquellos que se derivan del ambiente natural y del social, es objetivamente complejo y la interpretación de sus nexos, ha sido siempre influenciada por el conocimiento científico, por las tendencias culturales y por las evaluaciones éticas. Hoy, el péndulo oscila, poniendo el énfasis en la causa individual, también como consecuencia ciertamente indirecta, del extraordinario descubrimiento de la biología molecular, de los proyectos para realizar el mapa del genoma humano y de la posibilidad abierta por la terapia genética.

Me ha resultado más bien extraño, por ejemplo, el hecho de que la UNESCO, después de haber instalado su comité de bioética, le haya encargado ocuparse de la genética como prioridad absoluta. El motivo me pareció más claro leyendo un discurso pronunciado en 1992 por Federico Mayor, director general de la UNESCO, sobre "*La tecnología en los años noventa: éxitos, perspectivas y desafíos*". El hilo conductor es la capacidad de la biotecnología de resolver los problemas sociales del mundo. Con respecto a la salud, Mayor expresa la certeza de que la identificación de las secuencias del ADN y la modificación del genoma humano, pueden permitir comprender y prevenir "las enfermedades hereditarias" (que causan el 30% de la mortalidad infantil) y también a las enfermedades en las cuales la herencia tiene un rol importante, como por ejemplo la diabetes, el asma, la alergia, el reumatismo, la enfermedad de Alzheimer, la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer. Los datos citados por Mayor sobre la cuota de mortalidad infantil atribuibles a los factores genéticos, son por lo menos 10 veces superiores a la realidad y por consiguiente notoriamente falsos; y la larga enumeración de los factores genéticos para el largo elenco de las enfermedades, está claramente enfatizada. Una prueba *ex juvantibus* (como decían los antiguos) está en el hecho de que el índice de mortalidad infantil ha disminuido durante este siglo en todos los países del mundo de 2 a 20 veces, sin que se haya modificado la condición genética de la especie humana. Sí ha cambiado la instrucción, la asistencia, la vivienda, la natalidad y la higiene. Otra prueba *ex juvantibus* es que la mortalidad por algunas de las enfermedades cardiovasculares, como el infarto del miocardio, ha sido reducida a

la mitad cuando han sido identificados los factores de riesgo (stress, alimentación incorrecta, sedentariedad, hipertensión, tabaquismo) y porque muchas personas han adoptado comportamientos más saludables. Lo que me ha preocupado de este discurso no ha sido sólo que el director de la agencia cultural más importante del mundo haya enunciado datos y formulado hipótesis inconsistentes, a causa evidente de pésimos asesores, sino particularmente el hecho de que ellos orienten a la naciente bioética de la UNESCO, bajo la influencia de la cultura médica prevaleciente; es decir en una dirección que vuelve a ocultar las causas más fácilmente identificables y modificables de tantas enfermedades.

Me detendré menos, aunque es el más grave, en el tercer aspecto de la medicalización: la tendencia de la medicina a asumir funciones de regulación y control, ya sean represivas o en la neutralización de los conflictos de muchas de las actividades humanas. El ejemplo más común es la actividad profesional que desarrollan muchos médicos en la medicina del trabajo. Sólo una parte de los que están en las fábricas, está empeñada en el control y en el mejoramiento de las maquinarias, de las sustancias usadas, del ambiente y de la organización del trabajo. La mayoría se ocupa de seleccionar y de controlar a los trabajadores, una actividad que comienza a extenderse hasta el *screening* genético, con la intención de identificar a los sujetos más sensibles a los riesgos y excluirlos del trabajo. Así, en vez de alejar a los riesgos para proteger a los hipersensibles y a todos, algunos trabajadores en cambio, son despedidos y se convierten en desocupados: una condición aún peor para la salud, porque como se dice hoy en día, la enfermedad más grave del trabajo es frecuentemente el no-trabajo. Pero además de este ejemplo, hay otros en los cuales la función represiva asignada a la medicina ha sido mucho más explícita. Cito sólo el uso de la psiquiatría contra los disidentes, utilizada ampliamente en la Unión Soviética, y la participación de los médicos en la tortura de los presos políticos, que fue usada frecuentemente en Chile, en Argentina y en Brasil, durante las dictaduras militares. Es verdad que estos son casos extremos, pero a veces aparecen como la expresión exasperada de una tendencia especialmente difundida.

5. Erosión y amplificación de la ética médica

Temo que el carácter descriptivo del capítulo precedente haya podido parecer redundante respecto al análisis de los problemas éticos. Pero la casuística en sí misma obliga substancialmente a individualizar "una pérdida de objetivo", esto es la confusión de los valores humanos conectados desde siempre a la medicina. Esta disciplina, considerada correctamente arte y ciencia, mantiene su influencia y prestigio por los beneficios que rinde a los individuos y a la colectividad. El análisis profundo realizado por uno de los mayores historiadores de la materia, Roy Porter (*Times Literary Supplement*, 14/01/94), tiende sin embargo a demostrar que ha quedado prisionera de su éxito: "*quien haga un balance de la revolución médica ocurrida en el último medio siglo, pensará fácilmente en una victoria dulce-amarga. La medicina nunca había tenido tanto suceso como en nuestra época, pero tampoco nunca atrajo sobre sí tantas sospechas y críticas... Nosotros estamos deslizándonos hacia un McDonald médico, en el cual fobias y terapias superfluas pueden poner en peligro la salud, más que las enfermedades mismas, mientras que el hacha del Tesoro amputa servicios esenciales*". Al mismo tiempo que se afirma esta tendencia, se encuentran implicaciones negativas respecto de la salud, pero que viene también a erosionar en sus fundamentos, la ética tradicional de la medicina.

Puede ser criticable la tendencia de los médicos, en presencia de esta dificultad, a refugiarse en el culto formal de una tradición, habitualmente reconocida en el juramento atribuido a la escuela hipocrática, la cual se contradice frecuentemente con la práctica. Pero se debe recordar también que la medicina ha sido la primera profesión laica (otro tanto ha hecho, por vías y por motivos diversos, la profesión religiosa del sacerdocio) que al nacer se dotó al mismo tiempo de un cuerpo doctrinal y de un código ético. Esta "primogenitura ética" se explica en el hecho de que la profesión médica ha sido por largo tiempo -de Hipócrates a nuestro siglo- la única "technè" capaz de influir de modo directo, deliberado y profundo, sobre aspectos fundamentales de la vida humana individual; y ha debido por eso, para ser reconocida y respetada, elegir criterios y reglas, crear un sistema de deberes y derechos aceptables para sus adeptos, pero que también fuesen compatibles con los otros sujetos, definible en forma de un triángulo que comprende: el médico, el paciente y la sociedad.

La ética médica, por esta razón, ha anticipado algunos conceptos que son hoy considerados fundamentales para la bioética. Uno es el principio de beneficencia y no mal-eficiencia; incluido en el dicho hipocrático "tender en las enfermedades a dos metas: ser útil o no hacer daño" (*Le epidemie, Libro I, 11*) después traducido y simplificado al latín en el lema "primun non nocere". El otro, aunque habitualmente está viciado de una concepción paternalista que es parte de la deontología hipocrática, es el principio de autonomía. En el secreto profesional, aparece en realidad por primera vez el reconocimiento de que el enfermo, aunque se encuentre en condiciones psico-físicas disminuidas, es de todos modos el único dueño de las informaciones que él ofrece al médico o que el médico descubre por sí mismo. El enfermo se las revela al médico y puede serenamente compartirlas con él, en tanto y en cuanto el médico se comprometa a no transferirla a ningún otro. Pero el principio de autonomía, el reconocimiento de la validación moral de una autonomía activa, intersubjetiva, participativa y junto a su utilidad práctica en la lucha contra el mal, está comprendido principalmente en otro dicho de Hipócrates: "el arte tiene tres momentos: la enfermedad, el enfermo y el médico. El médico es el

ministro del arte: que el enfermo se oponga al mal junto con el médico (ibídem)".

El principio de beneficencia, como es conocido, en siglos sucesivos se ha incorporado en difusas y generosas actividades asistenciales inspiradas por la religión o el civismo (como en la experiencia de los municipios italianos libres); y después se ha integrado con los principios de justicia y de solidaridad que se afirmaron entre los siglos XIX y XX, los cuales han dado vida, en el plano práctico, a los seguros sociales y a los servicios asistenciales públicos; y en el plano teórico, al concepto del derecho a la salud. El principio de autonomía se ha extendido por doquier en todos los campos en los cuales ha crecido el valor de la libre elección personal. En los temas conectados con la salud, han habido profundas controversias, como ha sucedido por ejemplo, cuando se ha afirmado la idea de la autodeterminación de la mujer en el aborto voluntario, o bien la de *living will* (testamento de vida) como la autorización personal a la práctica de la eutanasia. Para el conjunto, a partir del 1800, el espíritu liberal "ha logrado socavar progresivamente las bases del paternalismo. Poco a poco el enfermo es considerado como una persona adulta, autónoma, al grado de ser plenamente informada sobre la base de las noticias recibidas, libre de tomar decisiones para su cuerpo, o sea para su salud y su vida" (Diego Gracia).

Beneficencia y autonomía tienen un fundamento ético diferente; el principio de beneficencia orienta los fines morales a los cuales la medicina debiera ser dirigida, mientras que el principio de autonomía afirma que cada sujeto tiene capacidad y derechos propios, y no puede por eso ser usado o manipulado por otros. Estos dos principios pueden también entrar en conflicto entre ellos y con otros valores. Por ejemplo, el caso de la obligación de las vacunaciones: puede ser beneficioso para la población, no obstante estar violando el principio de autonomía de las personas. En el conjunto, sin embargo, estos principios se afirman en el siglo XIX y especialmente en el XX, ya que influyeron positivamente en la orientación de las actitudes hacia el hombre sano, de tutelar para que pueda mantenerse en esa condición; y hacia el hombre enfer-

mo, de curar y de rehabilitar para que pueda recuperar la plenitud de sus facultades; y con respecto al bien de la salud, de promoverla con la participación de todos. Esto ha tenido importantes consecuencias en el campo específico, que es la vida material, pero también en muchos otros. Ha contribuido ciertamente a ampliar la esfera de los derechos personales, a afirmar y a mantener, contrastando con la tendencia al aislamiento y al egoísmo, relaciones de solidaridad entre los ciudadanos.

En los últimos decenios se ha producido una brecha, lamentablemente siempre más ancha, entre la ética declarada y la práctica cotidiana. La experiencia, por un lado, ha inducido a actualizar y a enriquecer las reglas de los códigos deontológicos. Han sido insertadas, por ejemplo, reglas restrictivas hacia los abusos en la experimentación, después que el proceso de Nuremberg puso en evidencia un empleo monstruoso de seres humanos como animales de laboratorio; sucesivamente en las Declaraciones de Tokio, de la Asociación Médica Mundial (1975) fueron establecidos los "Principios éticos para médicos sobre la tortura y otros tratamientos crueles, inhumanos o degradantes hacia personas detenidas o prisioneras". Además de las prohibiciones, fueron ampliadas también las obligaciones, introduciendo por ejemplo en algunos códigos, el deber de informar a la colectividad cuando actividades productivas o condiciones ambientales pongan en riesgo a la salud; una responsabilidad que puede ser considerada simétrica y complementaria al secreto profesional. Mientras se venían formulando estas loables intenciones, en la experiencia común, se ha gradualmente afirmado como fundamento de las relaciones triangulares entre médico-paciente-sociedad, un sistema en el cual a la autonomía se la sustituyó por una forma de paternalismo tendiente al autoritarismo, y a la beneficencia por la conveniencia.

Esta tendencia suscita frecuentemente, en la opinión de la gente, una nostalgia del médico de familia de grabado antiguo; menos dotado de instrumental para el diagnóstico, pero más humano; menos equipado de eficaces medios terapéuticos, pero más disponible; menos capaz (no siempre) de curar, pero más dispuesto a responsabilizarse, a aconsejar y a prevenir: en otras palabras,

entre los dos personajes de Jules Romains, la actual preferencia popular está orientada hacia el viejo doctor Parpalaid, más que hacia el joven Knock. Esta tendencia está repetidamente justificada, casi como inevitable consecuencia, con el perfeccionamiento de las técnicas terapéuticas y del diagnóstico. La culpa, en opinión de algunos, se retrotrae a los inicios del siglo pasado y es atribuida al instrumento-símbolo del médico moderno, el estetoscopio inventado por Laennec para la auscultación de los órganos internos. Éste permitió develar funciones ocultas del cuerpo, pero al mismo tiempo alejó al médico del contacto más íntimo con el enfermo. Se puede, sin embargo, sostener la tesis opuesta: que el instrumental, el cual pone hoy a disposición óptimos análisis de laboratorio y una amplia gama de aparatos que facilitan el diagnóstico por imagen, puede en cambio acercar mayormente al médico con el enfermo; en cuanto sea consciente de comprenderlo, de aconsejarlo y ayudarlo de un modo más competente. Es además difícil imputar sólo a la tecnología, la difusión de terapias y de intervenciones agresivas, que caracteriza casi cada campo de la medicina y de la cirugía. El caso de los partos en San Pablo, Brasil, donde en los "últimos tiempos" se realizan prevalentemente con el "ahora antiguo método de la cesárea", muestra que son otros los motivos dominantes.

Más allá del riesgo de que el cuerpo y la dignidad humana están totalmente sometidos al poder de la ciencia y de la técnica, veo más bien, una sustancial transformación en las ideas morales. El paciente, que en el proceso salud-enfermedad debe ser considerado el sujeto ético, al menos a la par del médico, peligra ser devuelto a una posición pasiva y subalterna. La sociedad, que debe ser la promotora de equidad y salud, corre el riesgo de perder esta función, y quedar reducida sólo a la dimensión del mercado. La medicina y la profesión médica que han conquistado mayores conocimientos y mayor poder sobre los hombres, peligra de ver disminuido su propio poder sobre las enfermedades.

Estoy convencido de que la objetivación del paciente, en alguna medida, es una necesidad para la eficacia de la diagnosis y de la terapia, como lo ha señalado Bernardino Fantini: "la medicina

clínica, para afirmar la universalidad de la lesión específica, debe observar a un número muy elevado de pacientes que presentan los mismos síntomas y la misma lesión. Se llega así a instaurar una tensión esencial entre la búsqueda de datos objetivos y la variabilidad de las manifestaciones clínicas de las misma patología, que constituye uno de los elementos fundamentales y positivos de la medicina moderna. El esfuerzo creativo entre una medicina fundamental o "general", que investiga las constantes, los datos comunes y una medicina clínica que estudia y subraya la variabilidad individual; es un elemento fundamental, similar a la dicotomía entre universalidad e individualidad de los fenómenos de la vida, típica del pensamiento biológico a partir de Darwin".

Pero ciertamente, el enfermo, además de ser objeto de conocimientos generales y particulares, es también un sujeto que como tal no puede ser predeterminado por otros. Ha sido el sociólogo Talcott Parsons (*The Social System*, 1951) el que fijó, en cambio, las partes preestablecidas, los roles que cada enfermo debe representar en el encuentro con el médico: sentirse exonerado de su normal responsabilidad social, aceptar que es imposible curarse por sí mismo, querer a cualquier costo estar mejor, obligarse a pedir ayuda competente. No por influencia directa de Parsons, sino porque tales preceptos eran funcionales a la figura profesional que comenzaba a predominar en aquellos años, gran parte de los médicos las introyectaron y practicaron rápidamente. Algunas consecuencias fueron delineadas en el último libro (*Ueber die Verborgenheit der Gesundheit*, 1993, cuyo título puede ser traducido como "Sobre el ocultamiento de la salud") del viejo filósofo Hans Georg Gadamer. Dado que la fecha de su nacimiento coincide con el inicio del siglo XX y él declaraba gozar de buena salud por haber sustituido a los fármacos por remedios naturales, compresas, baños, masajes y otros procedimientos alternativos (pero algunos lo acusan de incoherente, y otros lo elogian por su flexibilidad de juicio por haber recurrido en casos graves a terapias especializadas), se le puede perdonar una censura excesiva hacia la medicina moderna, y una indulgencia, también excesiva, hacia curas que son comúnmente de indemostrada e indemostrable eficacia. Pero se le debe gratitud por haber dado dignidad filosófica a algunas

críticas corrientes: el hecho de que el médico pensante no puede actuar si no comprende a través del diálogo, cómo reconstituir la unidad del individuo lacerada entre su propio ser y su poder, entre sus metas y sus facultades; sobre la tendencia actual a suprimir rápidamente cualquier síntoma recurriendo a un remedio específico, sin tener en cuenta que los síntomas son parte de la vida del cuerpo, y que pueden servir al médico y al paciente para interpretar la salud y reconstruirle la armonía, bajo la perspectiva de que, en una medicina dominada por la industria farmacéutica, el médico sea aplastado y se convierta en un ejecutor de la publicidad de las empresas, con el riesgo en cambio, de que desaparezca toda actividad de parte del paciente, que es eso exactamente lo que debe recomendarse; bajo la exigencia de que la medicina recupere y desarrolle su función como "arte de la salud". Arte en el sentido de actividad humana no reducible a pura técnica; de la salud, en el sentido de su recuperación (terapia y rehabilitación), de su mantenimiento (prevención) y de su promoción.

Pero más que discutibles en el plano filosófico, las tendencias a la anulación del sujeto, aparecen como antítesis con fundamentales adquisiciones científicas, resguardando propiamente la salud. Recuerdo solamente dos fenómenos dados a conocer, uno de la epidemiología y otro de la fisiopatología.

En nuestro siglo, primero en los países desarrollados y después en casi todas partes, ha acaecido una *transición epidemiológica* sin precedentes en la historia. El único otro caso, que puede acercarse a este tipo de mutación, podría haber sido la modificación del cuadro nosológico que acompañó el lento pasaje del hombre de la condición de cazador-recolector a la de agricultor-ganadero. Entonces hubo una vasta difusión de nuevas enfermedades, ligadas a la vecindad con los animales y a la mayor densidad de los centros poblados. La rápida transición del siglo XX consistió en el desplazamiento del cuadro dominante de las enfermedades, de las infecciosas a aquellas definidas como degenerativas; las cuales tienen por lo general un largo proceso. Especialmente las enfermedades cardio-circulatorias, las del metabolismo y los tumores. He sugerido hace tiempo (en *Medicina y Política*, 1973), de

integrar esta interpretación definiendo la transición epidemiológica como un pasaje de las enfermedades "fisiógenas" a las enfermedades "antropógenas"; esto es, de enfermedades que tenían un origen sobre todo natural a enfermedades de origen sobre todo humano.

Es verdad que la emergencia de nuevas infecciones, como el sida y la extensión de viejas como el cólera y la malaria, ha quitado la ilusión de un mundo sin virus, microbios y parásitos. Pero en esencia la transición epidemiológica, de todos modos definida, ha puesto fin a la prevalencia de enfermedades consideradas monocausales, más o menos fácilmente controlables con medios específicos; y ha hecho, en cambio, emerger enfermedades pluricausales, en la que la prevención está ampliamente basada en la elección personal de la vida y de sus comportamientos colectivos. También sus terapias resienten esta influencia. Muchas investigaciones fisiopatológicas, contemporáneamente han puesto en evidencia la relevancia científica de la intención hipocrática "el enfermo se oponga al mal conjuntamente con el médico". Me refiero por ejemplo, al desarrollo de la psico-neuro-endocrinoinmunología; una palabra complicada que tiende a reasumir (exagerando quizás la importancia) las relaciones entre los tres sistemas que definen y regulan la identidad y la homeostasis del organismo: el nervioso, el endocrino y el inmunológico. Me refiero, en general, al creciente valor atribuido a los estados psíquicos y al sistema de relaciones interpersonales en la lucha contra la enfermedad, a través del fortalecimiento del sistema inmunológico y de las otras defensas personales. La más nueva de las epidemias, el sida, parece sintetizar al mismo tiempo el valor moral y la utilidad práctica en el empeño del sujeto. El principal medio preventivo, y por ahora el único, es el comportamiento responsable; además, y en buena parte, se debe a la importancia de su contribución psíquica y de sus relaciones interpersonales (el resto lo hacen las terapias, que por ahora son sólo sintomáticas), el hecho que en muchos casos, ha sido posible prolongar por un largo período la vida del enfermo.

Me he referido hasta ahora a dos lados del triángulo: el enfermo y el médico. Y el tercero ¿La sociedad? El riesgo principal quizás sur-

ja por el contraste entre las aspiraciones personales y los intereses públicos que continúan manifestándose; y que de él resulte predominante: como valor, el mercado y como mediador, el dinero.

Esta mediación no es nueva ni este valor, por cierto, debe ser exorcizado. La retribución es desde siempre parte de la profesión. Una de sus nuevas especialidades, el psicoanálisis, lo ha teorizado como parte intrínseca e indispensable del proceso terapéutico. No es nuevo, siquiera, el abuso. Hace tres siglos, por ejemplo, Bernardino Ramazzini criticó la venalidad "*de una categoría de médicos que ordena largos tratamientos, aún para enfermedades cortas y que se curarían por sí solas*". Horacio, mucho tiempo antes, había escrito: *Quem semel arripuit, tenet, occiditque medendo. Non missura cutem nisi plena cruoris hirudo* ("Aquel al que se ha aferrado una vez, la tiene y la mata curando. No deja la piel, sino llena de sangre, la sanguijuela"). El mercado existe desde hace aproximadamente 10 mil años; ha servido a diversas formaciones económico-sociales y continuará, al menos por mucho tiempo más, desarrollando su propia función: ya sea en el intercambio de mercancías, o mercadería-dinero-mercadería, o ya sea en el estímulo y verificación de la actividad productiva. También en el campo de la salud, ha desarrollado frecuentemente una función positiva: sea indirectamente promoviendo el crecimiento de la riqueza colectiva; o en forma directa. Muchas investigaciones de nuevos fármacos eficaces realizadas en los últimos decenios, por ejemplo, han sido financiadas por industrias interesadas en abrir nuevos espacios de mercado.

Pero una cosa es pensar que la salud puede ser influenciada positivamente por el mercado, y otra verla como una de sus variables dependientes; vale decir, afirmar que el mercado es el único valor y que la salud será una consecuencia (eventual, espontánea o automática) de este reconocimiento. En los Estados Unidos, donde tal orientación es la dominante, han crecido las preocupaciones éticas y prácticas.

En 1969, D. L. Wilbur, presidente de la "American Medical Association", concluyó un artículo sobre la herencia de Hipócrata

tes con este augurio: *“pueda la profesión de América ser un faro que guíe el desarrollo de la ética internacional”*. Veintitrés años después, Arnold S. Reaman, ex director del New England Journal of Medicine, se preguntó en *“The Atlantic Monthly”* (marzo 1992) *“What market values are doing to medicine? (¿Qué le están haciendo a la medicina los valores del mercado?)*. El autor se refiere en su argumentación sólo a la medicina terapéutica, sin hablar en ningún momento de la prevención de las enfermedades, donde las relaciones entre mercado y salud pueden ser convergentes; pero comúnmente son conflictivas. La tesis de Reaman, es que los valores del mercado están alterando radicalmente el contrato social y la ética (conceptos éstos sobre los cuales se basó en el pasado la actividad médica), por una razón bien sustancial: que las reglas del mercado no son inmediatamente transferibles a esta función específica. En general, en el comercio de los bienes y servicios, los productores tratan de inducir a los consumidores a comprar, prescindiendo de sus intereses; mientras que, como punto de partida, es intrínseco a la actividad médica el patrocinar y aconsejar siguiendo los intereses del paciente, quien depende de estos consejos y con frecuencia “no tiene la elección de reenviar su compra de asistencia médica, ni la posibilidad de buscar en otro lugar, hasta que logre encontrar el mejor producto”.

Desde hace algún tiempo, agrega Reaman, viene siendo negada toda distinción entre los negocios y la práctica médica. *“Hasta ahora, casi todos los ciudadanos, consideraban a la asistencia sanitaria como un bien social, no como una mercancía, y los médicos se comportaban como si estuvieran de acuerdo. Ellos no eran insensibles a la presión económica, pero las presiones eran relativamente débiles y la tradición profesional, relativamente fuerte. Esta situación está cambiando rápidamente. En las dos últimas décadas la asistencia sanitaria se ha comercializado, como nunca jamás, y el profesionalismo en medicina parece haber abierto el camino hacia el empresariado. El sistema de asistencia sanitaria, es ahora considerado ampliamente como una industria y la práctica médica, como un negocio competitivo... Ya en los hospitales, en los cuales los médicos prácticos han comenzado a utilizar la publicidad, el marketing y las técnicas de relaciones públi-*

cas para atraer a más pacientes... Los productores de nuevos fármacos, instrumental y baterías de análisis, concretan acuerdos financieros con las clínicas que cotizan sus productos y que escriben artículos científicos que tienen importantes efectos en su éxito comercial... Si la mayoría de nuestros médicos se convirtiesen en empresarios, y la mayoría de nuestros hospitales evolucionaran como empresas de comercio, los pacientes que pagasen recibirían más cuidados de los necesarios; y los más pobres, menos. Los costos de la asistencia sanitaria continuarán creciendo vertiginosamente, sin que garantice el tipo de asistencia, de la cual tenemos necesidad”.

Éste parece ser exactamente el camino que ha sido adoptado en Italia, y en otros países, mientras que después de 1992, los Estados Unidos se están planteando qué hacer para cambiarlo.

6. *¿Existe un derecho a la asistencia?*

Los interrogantes que se plantearon en los Estados Unidos, país que hasta ahora había reconocido más que ningún otro, el valor absoluto del mercado como regulador también de la asistencia sanitaria, deriva de dos comprobaciones. Una de orden económico, y es que los costos de la asistencia han crecido de un modo incontrolable, la otra de orden social y moral, es que quien no está cubierto por un seguro, o bien no pague directamente a los médicos o al hospital, no tiene derecho a ser asistido; a veces, ni siquiera en los casos de urgencia. El poderse curar, como mínimo, se ha transformado en una función directa, legítima y explícita del dinero; y se afirmó, por esto en la práctica y a veces en las leyes, un derecho a la atención médica y a la salud proporcional a la riqueza. Esa condición suscitaba pocas objeciones y gozaba así de autorizadas justificaciones éticas. En los últimos años la reflexión práctica sobre los costos de esta elección "individual y para toda la comunidad", junto a la reflexión moral sobre el principio de la justicia, ha estimulado un cambio de rumbo en la opinión pública y en la orientación gubernamental.

La justificación ética estaba y está conectada a la afirmación, más en el área angloamericana que en la Europa centro-septentrional y en los países de cultura latina, sean europeos como americanos, de una corriente de la bioética cuya tesis puede ser resu-

mida en la frase que abre el capítulo "*Derechos a la asistencia sanitaria*", en *The Foundations of Bioethics* de H. G. Engelhardt Jr. (1986) "*no existe un derecho humano fundamental al suministro de asistencia sanitaria, ni menos recibir un mínimo aceptable de asistencia sanitaria*". La perentoriedad de esta afirmación es mitigada en las páginas sucesivas, por el reconocimiento de que aunque no exista ni un derecho humano a la asistencia ni obligación moral a suministrarla, en la mayoría de la sociedad de hoy en día "*el financiamiento de ciertos programas generales de asistencia sanitaria para todos, viene siendo considerado parte integrante de la vida moralmente buena y de la acción benéfica*".

No puede ser desvalorizada la aparición de esta corriente, la cual se presenta después de un siglo en el cual se han afirmado los principios de equidad y de solidaridad en el campo de la salud; especialmente porque estas ideas, y antes de que recibiesen dignidad filosófica, habían sido ampliamente introducidas en la práctica. No pueden ser ni siquiera pasadas por alto las argumentaciones aportadas por Engelhardt, las cuales se basan principalmente en la existencia de cuatro fines, que él considera con contrastes inconciliables entre ellas: 1) suministrar la mejor asistencia posible a todos; 2) la suministración de una asistencia igual para todos; 3) la libertad de elección, sea de parte de quien provee la asistencia sanitaria, sea de quien la recibe; 4) proveer los costos de la asistencia sanitaria. Estas observaciones imponen una reflexión, también a aquellos que han defendido el derecho a la salud. Esto ciertamente en el plano moral y comúnmente, hasta en el plano práctico, había triunfado durante casi todo el siglo XX; pero ahora ya ha sido erosionado hasta el plano cultural, y no puede por eso, ser simplemente confirmado como un acto de fe.

Para redefinirlo, y en cualquier sentido para relegitimarlo, se debe reconocer en primer lugar, que eso comprende dos aspectos entrelazados entre sí, pero distintos en su origen por su constitución ética y por su forma de actuar: el derecho a la salud en su propio sentido, y el derecho a la asistencia sanitaria en caso de enfermedad.

El primero se conecta a la afirmación de Locke, según cual la "ley natural" fundamental y que se constituye en una obligación para todos, es el derecho a la vida: "*los seres humanos 'siendo iguales e independientes', no deben causar daño a la vida, a la salud, a la libertad o a la propiedad de los otros*". Esto, sin embargo, coincidía sólo con el derecho a no ser objeto de deliberados atentados, por parte de los otros, a la propia integridad física: no se podía, por el nivel de los conocimientos y los medios disponibles, pero incluso por el nivel político y cultural de entonces, lograr más adelantos. Éste se conquistó en los siglos XIX y XX y fue formulado en el preámbulo del estatuto de la OMS, en estos términos "*el beneficio de gozar de elevados niveles de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de razas, de religión, credo político, condición social o económica*". Así concebido, el derecho se transforma en un fin positivo. Se convierte en una meta que nunca será totalmente alcanzable, porque es impensable que el derecho a la vida pueda significar derecho a no morir, o que el derecho a la salud implique inmunidad contra todas las enfermedades, pero es más cercana por los conocimientos adquiridos, los medios técnicos, las políticas, los recursos y por los esfuerzos realizados por parte de diferentes sujetos.

Muchas de las Constituciones aprobadas en los últimos decenios, han adoptado esta orientación. Para citar sólo dos ejemplos: la Constitución italiana ha incluido, no en el capítulo sobre las relaciones económicas, pero sí en el que trata sobre las relaciones ético-sociales, el artículo 32, el cual afirma "*la República tutela a la salud, como el derecho fundamental del individuo y de interés para toda la sociedad, y garantiza tratamientos gratuitos a los indigentes*"; y la Constitución aprobada en Brasil, después de la caída de la dictadura militar, habla de la salud como "*derecho del individuo y deber del Estado*". En el plano jurídico, es bueno recordar que por largo tiempo la Corte de Casación, en Italia, ha interpretado al artículo 32 como "norma programática", pero luego ha reconocido en varias sentencias, que éste contiene una norma de derecho subjetivo. En el plano general, puede también ser visto con ojo crítico, el hecho de que entre varios sujetos, cuya acción convergente es indispensable para aproximarse al objetivo de la salud, las dos

Constituciones citadas y muchas otras, privilegian en modo exclusivo al Estado. Se hace referencia a los individuos como titulares de los derechos, y no se habla de ellos como responsables de los deberes que surgen -para la salud como para cualquier otra aspiración- paralelamente al reconocimiento de los derechos.

La exigencia de reequilibrar el aporte de los diversos sujetos y de corregir la unilateralidad que he señalado, mueve a evaluaciones morales y prácticas. Esto parte de la constatación que este derecho es comúnmente negado en la realidad y viene ahora rechazado también en forma de principio. El balance entre derechos y deberes y el reconocimiento del aporte de otros, además del Estado, tiende ahora a darle mayores aplicaciones. Pero en esta actualización, no le quita de ningún modo, los valores que lo proclamaron como derecho humano. Esto ha tenido importantes consecuencias en el campo específico, que es la vida material; pero además, de hecho, ha contribuido a ampliar la esfera de los derechos humanos, y a afirmar, contrastando con la tendencia al individualismo y al egoísmo, relaciones de solidaridad entre los ciudadanos.

El derecho a la asistencia sanitaria en caso de enfermedad (- como también a la "medicina preventiva", que no es sinónimo de prevención, pero que tan solo indica las acciones médicas efectuadas para reconocer y curar las enfermedades en su fase precoz, o para impedir su agravamiento), está ligado al derecho a la salud sea en cuanto a que las curas puedan atenuar, abreviar o eliminar estados mórbidos y sufrimientos personales por ellos provocados; o sea porque el negar la cura, puede determinar el empeoramiento, la prolongación en el tiempo, la aparición de consecuencias invalidantes o el triunfo letal de una enfermedad. Pero la conexión es entre derechos diferentes; entre ellos no existe identidad. El derecho a la salud es una prioridad en relación al derecho a la asistencia, ya sea en el sentido histórico o sea en el cuadro de las necesidades de la existencia humana. El derecho a la asistencia parece además pertenecer, más que a la esfera de los derechos humanos, a la de los derechos sociales; como tal no trasciende ni épocas ni lugares, está conectado a la modificación de las variadas formaciones económico-sociales y hasta de la actua-

lidad política que la fija; es sometido a reglas y modalidades de actuación extremadamente variables, es fuertemente influenciado por las relaciones de tipo contractuales. Depende substancialmente de la convergencia de intereses (por ejemplo, entre profesiones sanitarias, industrias productoras de fármacos o de instrumental y los ciudadanos) y depende de la capacidad de ellos que son excluidos de asociarse para su realización, con la intención de individualizar y de imponer el derecho a la asistencia de modo tal que sea practicable y compatible con otras exigencias. El sistema asistencial, de todos modos, aunque no puede ser el único y principal factor de mejoramiento de la salud, puede garantizar socialmente el derecho "ex post", de disfrutar, en mayor o menor medida, de aquellos actos terapéuticos, que son una tarea específica y tradicional de la medicina. Cuando tal derecho es negado, crece esa parte considerable de sufrimiento, que es social y técnicamente evitable, y a la enfermedad, que es de por sí fuente de tormento, se le agrega un inmerecido castigo.

Se sabe que los escritores, casi siempre, en sus obras anticipan la realidad. En este caso parece que se estuvieran realizando los principios morales y las normas penales del imaginario país, descrito en 1872 por Samuel Butler en *Erewhon, or over the range*. En el país de Erewhon, (anagrama de nowhere, ningún lugar; Butler escribe el verso a UTOPIA) habían sido dejadas fuera de uso y llevadas a los museos todas las máquinas, desde que un profesor de hipotética había convencido a todos que ellos podrían suplantar a la especie humana, porque habían sido dotadas con un instinto y una vitalidad superiores, como los animales lo son en relación a las plantas; había sido prohibido también cualquier ulterior invento, con la amenaza de sufrir -si así no lo hiciesen- fiebre tifoidea, pena prevista que era considerada como uno de los peores castigos.

La tentación de suprimir a las máquinas, es una idea perversa y retrógrada, que cada tanto, aún hoy, puede surgir donde sea. En los estatutos de Erewhon, era sin embargo accidental, en el sentido aristotélico, es decir era verdadera pero no necesaria, perteneciente a sus normas, pero no incluida en su esencia. El casti-

go a los enfermos de fiebre tifoidea, era en cambio, sustancia y fundamento de la ética y del sistema jurídico. La primera impresión que tendría un viajero imaginario, parecido a un Gulliver de la época victoriana, es la de que en las cárceles sólo se encuentran detenidos los individuos pobres o enfermos. Pero aún entre los ciudadanos libres, él notaría con estupor, que el saludo inglés How do you do? como cualquier alusión a la salud en la conversación cotidiana, más allá de ser considerada un signo de mala educación, es entendida como inconveniente y peligrosa. Se llega así, gradualmente, a descubrir que el país de Erewhon es gobernado según el criterio de que la desgracia constituye un crimen en cuanto a la legislación humana; y que las leyes deben fortalecer las decisiones de la naturaleza, agregando felicidad a los afortunados y sufrimiento a los desventurados.

Uno de los instrumentos para la ejecución de tales principios, es el "Tribunal de los lutos personales" cuyos jurados son los encargados de dictar sentencias contra los culpables de las diferentes situaciones provocadas por tal comportamiento. Uno de los imputados, por ejemplo, es acusado de haber perdido a su mujer, a la cual estaba tiernamente ligado. Su defensa, basada en que él nunca había amado a su esposa, fue demolida por el testimonio de su llanto incontenible en el momento de la muerte.

La sentencia: culpable. Pero el hecho de que el acusado había sacado una póliza de seguro de vida para su mujer y obtenido su cobro, determinó (afortunadamente para él) que su condena fuera considerada "con atenuantes" por lo que la pena se redujo a tres meses de prisión conmutables por multa. De todos modos el magistrado se encargó de puntualizar la justificación moral de la condena, y como el imputado había citado en su disculpa una obra en la cual el escritor había puesto en duda el código erewhiano, el juez comenzó de esta manera: "nosotros tendremos tales libros, brutales y subversivos, hasta que no sea reconocido como un axioma de la moralidad, que la fortuna es el único objeto de la veneración humana. Por cuanto que una persona tenga el derecho de ser más afortunada y por eso ser más venerable que sus congéneres, es un tema que siempre está y será decidido, en lo inmedia-

to, por las contrataciones ("higgling and haggling") del mercado, y en última instancia por la fuerza bruta; de cualquier modo, el punto es que a ninguna persona debe aceptársele ser afortunada sino dentro de límites bastante modestos. Ustedes han sufrido una grave pérdida. La naturaleza sanciona gravemente esta ofensa, y la ley humana debe enfatizar los decretos de la naturaleza".

El jurado fue más severo en otro caso, en el cual compareció un acusado de ser enfermo de "consunción pulmonar", hoy tuberculosis. El acusado basa su defensa, que consiste en sostener que había simulado su enfermedad para engañar a la compañía aseguradora, pero su aspecto (en mi época de estudios universitarios y clínicos, describían un "habitus tiscus" y una "facies tisca", patognomónico de la tuberculosis), asociado al hecho de que sus dos carceleros apenas lo podían mantener erguido, constituye bien las pruebas irrefutables en su contra. La sentencia lo condena a "trabajos forzados de por vida o hasta el fin de vuestra miserable existencia", fallo que fue acogido con un tímido aplauso del público, inmediatamente reprimido por el magistrado.

Sus comentarios merecen ser ampliamente relatados: "me duele ver a uno que es todavía joven, y cuyas perspectivas de vida hubiesen podido ser excelentes, llevado a este punto por una constitución física que sólo puede considerarse radicalmente viciosa". Después de haber recordado sus antecedentes "de una carrera criminal" que comprenden una bronquitis grave y catorce enfermedades menores, el juez prosigue: "vos hacéis bien al decir que nacisteis de padres pobres y que habéis tenido de niño un accidente que arruinó vuestra salud física. Excusas similares son el refugio común de los criminales, pero ellas no pueden ser escuchadas por el oído de la justicia; yo no soy quien para entrar en extrañas cuestiones metafísicas sobre el origen de esto o aquello -preguntas que no tendrían fin una vez que yo aceptara examinarlas- o que concluyese con atribuirles la culpa sólo a los componentes de las células primordiales, o a los gases elementales. No está en cuestión cómo os transformasteis en pecaminoso, pero sólo: ¿Sois o no pecaminoso? La decisión fue afirmativa y no dudo ni un instante al decir que ésta ha sido justa. Vos sois una persona perversa y peligrosa, y os

habéis manchado a los ojos de vuestros conciudadanos, con una de las ofensas más nefastas". El magistrado desarrolla después el concepto en términos filosóficos de la relación entre sujeto y objeto de la culpa. Después de haber constatado que *"si hubieses nacido de padres ricos y sanos y bien curado de niño, no hubierais jamás ofendido a las leyes de vuestro país"*, enuncia esta afirmación decisiva *"si el ser tísico es o no vuestra culpa, es de todos modos una culpa en vos, y es mi deber proteger de ésta a la comunidad. Vos decís que vuestra desgracia es ser un criminal; yo os respondo que vuestro crimen consiste en ser un desgraciado"*.

7. La equidad en la salud

El mundo de hoy, afortunadamente, es un poco diferente al del país de Erewhon. Pero la tendencia al *Victim blaming* (la culpa de la víctima) basada todavía sobre el ilustre precedente de cuando se condenaban a la hoguera a los endemoniados, con el fin de liberarlos de la "culpa en ellos", tiende a resurgir con particular vigor. También hoy puede aparecer como realidad cualquier otro aspecto de las leyes erewhonianas. Esto me lleva a ocuparme, en este momento, de las "cuestiones metafísicas sobre el origen de esto y aquello", es decir de la relación entre equidad y salud; y a examinarla desde sus orígenes, más allá que de sus manifestaciones. Me arriesgo a suscitar reacciones comparables a las que siguieron al citado proceso: una fue la del tísico, el cual dijo con palabras apenas audibles *"que había sido justamente condenado"*; la otra, admirada, fue aquella del cronista Butler, quien concluyó así su comentario: *"verdaderamente nada me ha conmovido más durante mi estadía en el país, que el respeto general por las leyes y el orden"*. Pero pienso que la inequidad se agrava cuando la introyección es aceptada y que el orden como categoría moral no puede prescindir de sus contenidos; considero por lo tanto, que es justo enfrentar este riesgo, como cualquier otro: de que este libro está catalogado como "brutal y subversivo", y por eso fuera de moda.

Hablaré de equidad, en vez de igualdad, también en oposición con una interpretación niveladora que pasa por alto el significado positivo de la diferencia, ya sea entre los individuos o entre los grupos humanos; que pretende uniformar a los seres humanos en un solo modelo. Hablaré de equidad, pensando por un lado, en el valor intrínseco e irreplicable (espero que para siempre) de cada persona y por el otro, a la importancia de medidas capaces de remover los obstáculos que se oponen al bienestar (entendido como estar bien): aquellos y sólo aquellos que no puedan ser superados con la voluntad y los comportamientos personales.

La superación de estos obstáculos representa el desafío moral más relevante, en la relación entre ética y salud; y también la tarea que en el plano efectivo, puede aportar mayores beneficios alcanzables en corto plazo, que de cualquier otro progreso que se pueda lograr en el campo sanitario. Los análisis sobre la inequidad en la salud, han sido realizados por los estudiosos antiguos y modernos, pero sólo en los siglos XIX y XX, el fenómeno fue ampliamente confirmado por las estadísticas.

Han sido aclarados sucesivamente, algunos factores intermedios, a través de los cuales la inferioridad económico-social puede traducirse en peor salud: la exposición a condiciones ambientales y de trabajo insalubres, la instrucción insuficiente, el acceso limitado a la medicina preventiva y curativa, y también la menor capacidad para adoptar comportamientos más sanos. Ha resultado difícil evaluar, cuál haya sido la influencia de los sistemas asistenciales sobre la equidad en la salud; pero si es acertado que aunque existen aún en todas partes sustanciales diferencias entre la morbilidad y la mortalidad en relación con el trabajo, los ingresos y la instrucción, donde los tratamientos se han vuelto universales y eficaces, las diferencias en la salud se han reducido con relación a otros lugares. La rapidez de los análisis estadísticos, ha permitido además, destacar una tendencia preocupante: desde los años 80, especialmente en los Estados Unidos e Inglaterra, los indicadores de salud de la población han aparecido siempre más diferenciados, en base a los ingresos y la instrucción, como en los Estados Unidos en relación a los blancos anglosajones, negros e hispánicos.

La actualización de datos internacionales, finalmente, indica que persiste una diferencia relevante en el plano internacional. El informe del Banco Mundial, ha señalado, por ejemplo, que el índice de mortalidad infantil en los países pobres, es casi diez veces más alto que en los países ricos, en gran parte a causa de las enfermedades intestinales y respiratorias, agravadas por la desnutrición; que la mortandad materna, debido a complicaciones en embarazos y partos, es treinta veces más alta, lo que equivale a 400. 000 mujeres muertas cada año. Estas cifras, aunque dramáticas, no deben inducir a desconocer los progresos logrados en casi todas partes, en el último cuarto de siglo: por ejemplo en el conjunto de los 55 países más pobres del mundo, con un ingreso per cápita inferior a 675 dólares anuales, la esperanza media de vida desde 1970 hasta hoy, ha crecido de 53 a 62 años, y la mortalidad infantil ha disminuido de 110 a 73 por mil nacidos vivos. Pero la diferencia persiste, y para algunos países se agrava, por motivos económico-sociales, por la guerra y la carestía, y también porque la función compensatoria que tuvo en el pasado la medicina, difundiendo en todo el mundo vacunas y medicinas de bajo costo, está cambiando a causa de las tendencias impuestas a las ciencias biomédicas y a la actividad preventiva y terapéutica. La perspectiva para el siglo XXI, ha sido anunciada de un modo brutal por Luc Montagnier: *“la investigación médica traerá seguramente, soluciones extraordinarias pero tan costosas que plantearán seguramente grandes interrogantes sociales. Al final del próximo siglo, la aplicación de las terapias preventivas, evitarán la aparición de lesiones irreversibles, que aumentarán el promedio de vida en tal vez unos veinte años. Pero las consecuencias sociales de esta revolución biológica serán imprevisibles. Está claro que no podrán beneficiarse 10. 000 millones de personas, y que lo mejor, le tocará sólo a quienes tengan los medios para pagarlos”*. La única objeción que se le puede hacer a esta descripción está en la conjugación de los verbos: Montagnier ha elegido el tiempo futuro, mientras que valdría usar también el tiempo presente.

Pero en este lugar más que agregar otros datos, o discutir sobre el tema de las prioridades (que desarrollaré en el próximo capítulo), es preferible profundizar sobre los aspectos éticos y concep-

tuales relativos a la equidad. Un informe de la OMS sobre este tema, difundido en 1990, atribuye el carácter de inequidad a las diferencias en la salud, las cuales tienen en conjunto dos características: que sean innecesarias y evitables y que sean consideradas reprobables e injustas. Es claro que ambas características son más o menos, históricamente determinadas: la primera por el grado de los conocimientos, por los recursos y los medios técnicos disponibles; la segunda ya sea por la tendencia cultural o por la valorización específica de las relaciones existentes entre salud, variabilidad biológica, comportamientos personales y condiciones ambientales. Con la intención de profundizar en esta valorización, Margaret Whitehead, quien ha redactado el documento de la OMS sobre estos temas, ha estimado que no deben ser consideradas inocuas las diferencias debidas: a) a la variabilidad natural, o bien b) a conductas dañinas para la salud, si se las eligen libremente. Lo serían en cambio aquellas que derivan: c) de conductas insalubres, cuando la elección del propio estilo de vida está notablemente limitada; d) de la exposición a condiciones de vida y de trabajo estresantes e insalubres; e) del inadecuado acceso a los servicios sanitarios esenciales.

El valor de estas distinciones está en la introducción, junto a los factores económico-sociales, de aquellos dependientes de los simples sujetos, ya sea de su diversidad natural o del uso que ellos hacen de su propia libertad, en cuanto y en tanto ésta pueda manifestarse. Hay aquí una corrección sustancial respecto a la referencia económico-social, que es indispensable para comprender a las enfermedades como fenómenos colectivos, pero insuficiente para explicar las diferencias individuales en la salud. En el reclamo a la libertad, hay también un pedido a integrar la reivindicación de la salud considerada como un derecho, a asumirla, en mantenerla y promoverla, y de ser responsabilidad propia. La palabra responsabilidad puede tener dos significados: puede ser sinónimo de conciencia, de escrupulosidad y de empeño, pero también de culpabilidad. En el campo de la salud prevalece comúnmente la segunda interpretación. Pero la tendencia al *victim blaming*, que en el pasado fue dominante y que ahora compite porfiadamente el campo a la solidaridad y a la tolerancia, no puede ser contras-

tada negando la relevancia ética y práctica (que no va, de todos modos, confundida con una presunta obligación moral de estar bien), de la libre elección personal, incluso por la influencia que éstas puedan tener sobre las elecciones y la salud de los otros.

También en razón de estas distinciones he preferido asumir el concepto de equidad (*fairness*), que es el centro de la tesis de John Rawls, antes que a referirme a las muchas teorías de la justicia elaboradas por Aristóteles (antes de Anassimandro, dos siglos antes que él), hasta nuestros días. Una de las polémicas de Rawls, vuelve hacia aquellos que consideran inevitable a la injusticia en base al argumento de que la *"distribución de los talentos naturales y la ocasionalidad de las circunstancias sociales son injustas, y esta injusticia debe inevitablemente transferirse a los seres humanos"*. La polémica está basada en el reconocimiento de la diversidad: *"la distribución natural no es justa ni injusta; ni es injusto que los hombres nazcan en condiciones particulares dentro de la sociedad. Estos son simplemente hechos naturales. Lo que es justo o injusto es el modo en el cual las instituciones tratan estos hechos"* (*Una teoría della giustizia*, Feltrinelli 1993, pp. 98-99; en inglés *A theory of justice*, 1971). Las instituciones, pueden en efecto, elegir maximizar las condiciones más ventajosas; o bien de minimizar el daño de las condiciones más adversas.

La vida y la salud pueden ser perjudicadas en sustancia desde el inicio de la existencia de una "arbitrariedad moral" que huye de la elección individual y de las decisiones colectivas en cuanto se manifiesta en el mismo acto de nacer. Con el nacimiento, vienen al mundo diversos individuos como genotipo y como fenotipo. Su variedad e imprevisibilidad constituyen la infinita riqueza de la especie humana, pero forman también la base de la inequidad de la partida. Éstas pueden depender de enfermedades o de predisposiciones genéticas, de las condiciones materiales en las cuales se suceden la gravidez y los partos, y todavía más de la familia, del lugar y de la clase social en las cuales se nace y se crece en el mundo. La ética de la salud –recordada como bioética extensa– debe partir de este punto. Roland Shramm, ha escrito: *"la indigencia puede ser considerada como el principal problema de*

la bioética, en cuanto su ciclo perverso implica por un lado una degradación en las condiciones de vida, y en general la destrucción "tout court" de la vida individual y grupal, y por el otro una revisión radical de la autocomprensión que el individuo tiene de sí mismo, persona que tiene el derecho a la dignidad y el deber de la responsabilidad". Tener presente este tema, él agrega, es una "condición necesaria" para enfrentar los problemas de la bioética. Hasta como orientación cultural, si pensamos que el bienestar de cada persona tiene su propio valor intrínseco, de esto deriva que las instituciones básicas de una sociedad democrática, deben tender (a través de medidas político-sociales, preventivas y terapéuticas) a reducir la influencia de estos factores "moralmente arbitrarios" sobre la oportunidad de vida de los individuos.

El tema de la responsabilidad ha sido retomado en la tesis del economista Amartya K. Sen (*La disuguaglianza. Un riesame critico*). Il Mulino, 1994; en el original *Inequality reexamined, 1992*). Él parte de la consideración que la medida de la igualdad no es sólo el rédito, sino la posibilidad de convertir el propio rédito en alguna capacidad de base. Sus referentes esenciales son nutrirse, estar en buena salud, evitar las enfermedades y la muerte prematura, tener respeto de sí mismo al participar en la vida de la comunidad. Él responde así la pregunta (hecha también por Bobbio): ¿Igualdad de qué cosa? Y responde: de la capacidad (capabilities). Esto no significa sólo derecho, sino también responsabilidad, con tal de que sea en grado de hacer un conjunto de cosas (functioning). De este modo él configura: "la libertad como uno de los posibles campos de aplicación de la igualdad, y la igualdad como una de las posibles configuraciones de la libertad".

Esto implica que es útil pero no suficiente, el derecho social a disfrutar de aquellos actos terapéuticos que son deberes específicos y tradicionales de la medicina. Por otra parte, los sistemas asistenciales públicos atraviesan, desde hace un tiempo, crecientes dificultades que no son sólo de orden monetario. Se nota casi en todas partes, una "pérdida de intención" testimoniada en el hecho de que la única dimensión de las curas que viene siendo discutida es su costo; sólo desde hace poco tiempo y no por todas par-

tes, se comienza a valorizar su eficacia. Además estos sistemas, nacido casi por doquier por iniciativa de los trabajadores, se ha empacado y burocratizado; se volvieron paternalistas y autoritarios, frenando y algunas veces excluyendo, la expresión de las "capabilities", de la responsabilidad personal y colectiva en el "functioning". También, en los simples actos médicos, el máximo parece afirmar que el paciente debe expresar en el enfrentamiento de las curas, "un consenso informado" (una fórmula que está siendo usada especialmente para garantizarle al médico y a la institución, en relación a protestas y pedidos de resarcimiento de parte de los enfermos), pasando por alto el valor de la plena participación del sujeto: al conocimiento, a la terapia y a la prevención.

8. Las prioridades en la medicina y la prioridad de la salud

El tema más frecuentemente discutido en la ética de la salud es sobre que bases establecer las prioridades en la división de los recursos destinados a los servicios sanitarios, actualmente escasos (¿es que alguna vez fueron abundantes?) por diversos motivos concomitantes. Entre estos factores siempre he sentido que se registran, el envejecimiento de las poblaciones, el costo creciente de los medicamentos y de las nuevas técnicas, la mayor exigencia de asistencia, la aspiración no sólo a prolongar la vida sino a evitar la muerte, la transferencia de la demanda de una "medicina de las necesidades" hacia una "medicina de los deseos". Sobre cada uno de estos puntos sería necesario discutir. Se podrá decir que la carga no esta en el número de ancianos, pero también en el hecho de que muchos de ellos envejecen poco saludables; se puede demostrar que los nuevos fármacos anti-úlceras, hacen ahorrar el costo de las resecciones gástricas; se puede afirmar que una población mejor asistida genera mayor riqueza, y crea entonces mayores recursos: se puede documentar que entre los que se encuentran al final de su existencia hay muchas más personas aterrorizadas por la crueldad de las terapias, que aspirantes a la inmortalidad; se puede finalmente estar de acuerdo en que para dar a todos lo necesario, se impone circunscribir lo superfluo, destinado a pocos. Pero a esto se puede también objetar que en línea de principio limitaría la libertad, y en línea de hecho sería poco

realizable, porque quienes tienen el poder son fundamentalmente los "pocos". En conclusión, también si alguna de las tesis, en pro o en contra, puede tener en sí muchos argumentos, es preferible lograr primero el acuerdo sobre el hecho de que los recursos, no sólo los del planeta sino también los de la sociedad humana, si bien serían multiplicables, no son ilimitados; y sobre la exigencia de discutir las prioridades, que en el pasado siempre fueron decididas en forma "espontánea" y comúnmente oscura, y que ahora es oportuno definir las y justificarlas en base a explícitas motivaciones éticas y prácticas.

En el tema de los recursos y de las prioridades surgen diferentes preguntas: ¿a quién destinarlos?, ¿quién decide?, ¿cuáles recursos?, y ¿por cuáles acciones? Un filósofo, Raanan Gillon, ha pensado responder a la primera pregunta recurriendo al instrumento de la inocencia. Sometió a su hija de ocho años a realizar una tarea: *¿A quién, de entre tres personas, debo entregarle el único salvavidas de que dispongo? ¿Al más joven porque podrá vivir más tiempo, al más enfermo porque lo necesita más, o al más bueno porque es el que más lo merece?* Aun si Gillon hubiese tenido la loable intención de presentarle a su hija tres opciones bio-éticas bastante comunes (utilitarista, clínica y meritocrática), surgen algunas dudas sobre la oportunidad pedagógica de imponer a una niña, aún en modo abstracto, decisiones de vida y de muerte; desde este punto de vista, el hecho de que Gillon sea director del *Journal of Medical Ethics* pudiera ser considerada una condición agravante. De todos modos, la niña ha dado la respuesta más sensata, refutando la hipocresía de la elección "objetiva" y mostrando saber como van, muy comúnmente, las cosas de este mundo: *"Ciertamente no debo dárselo a aquel del cual yo sea más amiga, porque no sería honesto"*.

El criterio de la amistad, o mejor el de la afinidad electiva, fue, sin embargo, adoptado oficialmente en Seattle, hacen ya treinta años, en el primer ejemplo de "racionamiento de la cura". Para seleccionar los enfermos en función de la diálisis renal, que en esa época estaba empezando, la Asociación médica y el hospital nombraron una junta en la cual un jurista, un sacerdote, una ama de

casa, un empleado, un banquero y un cirujano (luego de la primera selección hecha por los médicos en base a la utilidad clínica del tratamiento), decidieron acerca de la vida o la muerte de los enfermos. Privilegiaron a quienes tuvieran hijos respecto de los que no los tuviesen, los ocupados respecto de los desocupados, los que desarrollasen actividades voluntarias para la comunidad y que frecuentasen la Iglesia respecto de los que no lo hiciesen; y excluyeron a cualquiera que fuera considerado desviante, ya sea por enfermedades mentales o por imputaciones delictivas, incluyendo en esta categoría aún a aquellos que eran acusados de haber participado en el movimiento por los derechos civiles y a la liga anti-viviseccionista. Sólo después de muchas protestas y solicitudes, en 1973, fue aprobado un programa federal que hizo a la diálisis accesible en base sólo al juicio clínico.

Otro ejemplo muy discutido en el campo bioético es el caso Oregon. En 1989 la reducción del financiamiento federal y el aumento de los costos asistenciales, indujo a este Estado a formar una comisión con el fin de "desarrollar una lista de prioridades de los servicios sanitarios —de lo más a lo menos importante— para toda la población; más precisamente para la población de menos recursos, asistida por el "Medicaid". Fue propuesto como base al criterio utilitario de mayor beneficio para un mayor número de personas, y se intentó ponerlo en práctica, promoviendo hasta debates públicos una lista prioritaria de las curas, basada en el impacto social de varias enfermedades. En primer lugar fue colocada la asistencia materno-infantil, pero en la graduación sucesiva fueron introducidos algunos criterios subjetivos, algunos de los cuales fueron inspirados en el "Victim blaming". Por ejemplo el trasplante de hígado en personas alcohólicas fue puesto bien abajo, dentro de las prioridades; respecto al mismo trasplante considerado como necesario en otras causas "menos culpables" como la hepatitis. Esta experiencia podría inducir a pensar que la democracia es un instrumento imperfecto y de todos modos insuficiente cuando se deben asumir decisiones de naturaleza moral.

Pueden existir también otros criterios de prioridad. Un filósofo del Seminario Teológico Asbury de Kentucky, sugirió que para

los trasplantes se diese la procedencia a los que tienen “responsabilidad social”, como los médicos, los hombres de ciencia, los políticos, los hombres de negocios, los padres con hijos. Muchos han discriminado con la edad del paciente; otros, la “calidad de vida” que es posible salvar o recuperar. La valoración de los QALY (quality adjusted life years) o sea años de vida ponderados en base a la calidad, comienza a ser bastante difundida en la economía sanitaria, en la epidemiología y en la bioética. La valoración está basada en la crítica de la “life expectancy” (esperanza de vida) como única medida del estado de salud de una población y en la consideración de que hoy la medicina permite una larga supervivencia en condiciones de invalidez, como en los casos de enfermedades crónicas. En una tabla de supervivencia ponderada por la edad, el cálculo de QALY diría por ejemplo, que un año de vida en plenitud equivale a tres años ganados con una calidad disminuida en un tercio. Pero si esta valuación que puede ser útil en el plano descriptivo para integrar la “life expectancy” con otros indicadores colectivos de salud y de enfermedad, ha sido objetada con algunas críticas basadas en la inexistencia de valores universalmente aceptados para medir la calidad de vida; otras en el hecho de que la menor habilidad, que es una de las características valuadas por QALY, es un concepto variable en relación a los valores atribuidos, y no puede además prescindir de la elección subjetiva. En el plano ético, las dudas más consistentes están en el riesgo de que la elección de prioridades asistenciales se orientan hacia los sujetos reconducibles, con bajos costos, a la “normalidad”; interpretando esta palabra de un modo arbitrario y discriminatorio.

Espero que esta parcial casuística deje claro que la pregunta “¿A quién?”, la cual no es por cierto injustificada y ni siquiera nueva, está recibiendo muchas respuestas, algunas basadas en criterios discutibles pero al menos objetivables como podrían ser la edad o la gravedad de una enfermedad; otras sólo en la preferencia de los que tienen el poder de cumplir la elección. Se llega así a la segunda pregunta ¿Quién decide? Ésta viene hecha comúnmente como una pregunta única, pero en realidad contiene dos cuestiones distintas: ¿Quién decide a cuál enfermo curar, con un determinado sostén terapéutico, en un momento determinado?

¿Quién decide las investigaciones, las técnicas, los recursos humanos, los modelos organizativos, las inversiones monetarias más apropiadas para enfrentar un determinado problema colectivo de salud? La pregunta comprende temas microéticos y macroéticos (uso las palabras micro y macro con respecto a las dimensiones; no a la relevancia de sus valores).

Actualmente la discusión bioética se concentra sólo en la primera sub-pregunta: “¿A quién?” y la práctica le responde, más que confiando en el juicio de los médicos, con mucha fantasía. Cuando en los Estados Unidos se introdujo un costosísimo interferón como posible terapia para la esclerosis múltiple, la elección entre los muchísimos candidatos a usarla, fue echada a la suerte. En otros casos se usó una computadora programada con los datos de todos los pacientes; o bien se adoptó el criterio del “first-come, first served” (quien llega primero es servido primero), o el juicio ha sido confiado al “bioeticista”, una nueva profesión, que como la del economista (quien debe hacer “cerrar” los balances monetarios), deberá encuadrar los balances morales de una institución sanitaria. O bien, en antítesis a este método monocrático, ha sido utilizada la televisión para proponer a los telespectadores “a quién salvar”, informándoles previamente de las características (no los nombres de los aspirantes a la cura). Comprendo que esta numeración puede parecer irreverente. No pretendo sin embargo menospreciar ni a las dificultades ni a la voluntad de encontrar métodos apropiados, ni a la exigencia que a veces subsiste de definir criterios éticos que atañen a las curas o la supervivencia de una persona a cambio de otra.

Confieso, sin embargo, que para tales problemas no he identificado hasta ahora orientaciones precisas. Me detendré en cambio en la segunda sub-pregunta ligada al interrogante: “¿Cuáles recursos y por cuáles acciones?”. La tradición y las relaciones del poder, atribuyen en este campo una función especial a los médicos, como profesión organizada e influyente. Pero podría haber riesgos si la sociedad les confiase, sólo a ellos, la definición de prioridad en la medicina. Sobre esto, George Bernard Shaw, había ya advertido en una de sus paradojas, en el prefacio de “*The Doctor’s Dilemma*”:

“no es la culpa de nuestros doctores si los servicios médicos de la comunidad, como se prestan hoy día, constituyen un absurdo homicida. Que cualquier nación sana y equilibrada, habiendo observado que se puede asegurar la provisión del pan, creando en el panadero el interés pecuniario por hacerlo, pueda seguir ofreciendo a los cirujanos un interés pecuniario por cada pierna cortada; esto es suficiente para volverse desesperados sobre la humanidad política. Pero esto es exactamente lo que está sucediendo. Y cuanto más espantosa es la mutilación, mejor es pagado el mutilador. Aquel que corrige una uña del pie encarnada, recibe unos pocos chelines: aquel que corta vuestro estómago recibe a cambio centenares de guineas, excepto cuando opera a un pobre para hacer su práctica. Voces escandalizadas murmuran que las operaciones son necesarias. Puede ser. Puede incluso ser necesario ahorcar a un hombre o demoler una casa. Pero nosotros ponemos mucha atención en no hacer juez de esto ni el verdugo ni el demolidor. Si así hiciésemos, ningún cuello estaría seguro ni ninguna casa sería estable.”

La desconfianza de G. B. Shaw, estaba dirigida hacia el excesivo poder atribuido a los médicos; pero igual perplejidad puede surgir hoy ante una tendencia opuesta. La deontología tradicional pide, en realidad a los médicos, ya sea de limitar sus prescripciones y sus actos “a aquellos que sean rigurosamente necesarios” o de “utilizar los medios más idóneos para la cura de cada paciente”. Aunque sea justo evitar los derroches y defenderse de excesivas solicitudes de análisis clínicos, de aparatos, de operaciones y de fármacos, me parece excesivo pedirle a los médicos de “interiorizar el concepto de escasez”. Ésta, en realidad, puede ser absoluta pero también relativa según la importancia que asume la salud en el cuadro de las prioridades públicas y personales. Si no estuviera en los primeros puestos, es en efecto, el deber de los médicos actuar junto a los ciudadanos para que todos interioricen el concepto de prioridad antes que aceptar, servilmente, a difundir la “escasez”. He hablado en otro capítulo de la erosión de la ética médica, sosteniendo que en este campo no se pueda refutar un enfrentamiento y refugiarse en el culto de una tradición, que por lo demás, siempre se contradice en la práctica cotidiana; pero pienso que sería equivocado, antes que intentar salir “adelante” de esta crisis, aceptar que ella sea susti-

tuida por una ética monetarista. Aquellos que por su profesión ven las enfermedades tienen, en primer lugar, el deber de hacer todo lo que sea de su competencia para el individuo enfermo; pero también, si fuera necesario, solicitar medidas de amplio alcance apropiadas para combatir las enfermedades.

¿Cuáles medidas? Estas son comúnmente seleccionadas por los que detentan el poder y en sus propios intereses. Estas responden al criterio del beneficio económico más que al de la salud, dos exigencias que pueden converger pero también oponerse. Y habitualmente, las prioridades así seleccionadas, no responden a las exigencias de ahorro y eficacia. Haciendo la tentativa de evaluar comparativamente, en relación a los medios empleados y a los recursos colocados, cuáles han sido los mayores progresos logrados en la lucha contra las enfermedades y en la promoción de la salud, me ha sorprendido una novedad de los últimos decenios. Aún en los años 50, los mayores sucesos tenían esta doble matriz: eran el resultado de trabajosas experimentaciones científicas, y habían sido difundidos a través de productos industriales. Este fue el caso de los dos descubrimientos que en aquel período han salvado probablemente más vidas y evitado mayor número de inválidos: los antibióticos y la vacuna anti-polio. Desde los años 60 hasta ahora, podemos ciertamente registrar otros importantes descubrimientos; pero no ha sido encontrado (me parece) ningún producto que haya tenido un impacto positivo de tanta importancia.

¿Cuáles han sido, sucesivamente, las innovaciones que han evitado más enfermedades o salvado más vidas? Cada uno podría sugerir su propia lista. También yo voy a hacerlo, quizás arbitrariamente, incluyendo: 1) la terapia de la gastroenteritis infantil mediante rehidratación con agua, sal y azúcar; realizada en los países pobres; 2) la prevención del infarto al miocardio y de otras enfermedades cardio-circulatorias, con el cambio del estilo de vida (nutrición, actividad físico-deportiva, abolición del cigarrillo y control de la hipertensión) llevada a cabo en los Estados Unidos y luego en otros países desarrollados; 3) la prevención de las enfermedades gastro-entéricas mediante el uso cotidiano del agua hervida, en todas las casas; efectuada principalmente en China.

Ninguno de los “descubridores” de estos métodos ha ganado el premio Nobel, aunque lo hubiesen merecido al menos como otros científicos. Ninguno de estos métodos requiere tecnología de avanzada, ni fármacos, ni mercancías costosas; al contrario, éstos han contribuido a reducir su uso, y por eso a abaratar el costo de la asistencia. Sus características están en obtener el máximo resultado con el mínimo de medios; en no tener contraindicaciones de naturaleza ética, por el hecho de que no crean conflictos con otros valores e intereses legítimos, ni entre la vida de uno y la de otro. En solicitar, antes que en delegar la propia salud a profesiones y a instituciones especializadas, una participación propia y responsable y en estimular, por eso, una unión profunda entre el derecho a la salud y el deber de contribuir personalmente a mantenerla y a promoverla; en responder a la pregunta ¿Quién decide? con atribuirle esta tarea a cada sujeto informado sobre sus posibilidades y convencido del uso de los medios a su propia disposición. No quiero sobrecargar de significados morales esta experiencia, ni sostener que estas orientaciones sean consideradas exclusivas, o bien generalizables a todos los lugares y para todas las enfermedades. Se podría hacer una lista con cientos de progresos en la salud obtenidos por otras vías, con métodos diversos y aun opuestos a los que he señalado. Me parece cierto, sin embargo, que éstos contribuyan con la fuerza de sus resultados, a delinear algunos puntos fundamentales de una ética en el campo de la prioridades en la medicina.

Experiencias de este tipo, podrían también ayudar a circunscribir, pero sólo numéricamente, los dilemas morales que nacen en los casos en los que se deben tomar decisiones de vida o de muerte que contrastan con los principios fundamentales: me refiero al valor intrínseco de cada existencia humana que no puede ser estimado en base a la “calidad de vida” y que no está comprendido en el criterio utilitario de “procurar el mayor beneficio al mayor número de personas posibles”. No quiero excluir todavía este criterio, ni desplazar la exigencia de ubicar los recursos en base a elecciones éticas sostenidas por evaluaciones posiblemente objetivas. No hay ninguna duda, de todos modos, que la observación de Engelhart Jr. tiene una base real, que es difícil conciliar las

diversas exigencias asistenciales: la regulación de los costos, la calidad e igualdad para acceder a los servicios, la libertad de elección. Se podría, incluso, decir que es casi imposible. Pero se volverían ciertamente menos difíciles: a) si los medios técnicos fuesen usados de un modo más apropiado, b) si más allá de que en los recursos monetarios se pensara mayormente en los recursos científicos y humanos, que comprenden a las funciones profesionales pero también a aquellos que pueden poner en el terreno cada grupo y organización social en cualquier movimiento colectivo, e incluso personalmente cualquier ciudadano; c) si además de apuntar a los servicios sanitarios para conseguir sus prestaciones directas, se pensara también en sus funciones como vehículo para conseguir “una cultura de la salud” y una autopoyesis del bienestar; d) si fuesen utilizados más ampliamente los recursos de la solidaridad espontánea y organizada; e) si además de reparar los daños, se trabajase para maximizar el impacto positivo que cada actividad humana, a partir de la educación, del trabajo y de la producción, puede tener en favor de la salud.

El mismo tema ha sido formulado por Lorenzo Tomatis (*Cancer Epidemiology*, marzo-abril 1992) en estos términos: “*uno se puede preguntar si los recursos para la salud son inevitable e irremediablemente escasos, o bien si tal escasez es una decisión política. En nuestra sociedad el imperativo del interés condiciona y hasta domina la prioridad de la investigación, y como consecuencia el sistema de asistencia médica, donde la prevención representa hoy la mínima parte*”. Demasiado seguido, el discurso se limita al reparto de los gastos para las curas médicas, es decir a una ética distributiva concebida de un modo muy restringido; se limita al examen de las prioridades en la medicina, antes que al impulso necesario para obtener que, en una jerarquía de las necesidades humanas, cualquiera tiene el poder decisivo de otorgar a la salud la misma prioridad que le atribuyen, medianamente, las personas.

Sería interesante analizar si esto alguna vez sucedió. Tal vez en el siglo XVIII, en la elección de algunos soberanos iluminados ciertamente en las políticas de muchos gobiernos europeos entre fin del siglo XIX y el inicio del XX, cuando surgió la posibilidad d

reducir el impacto de las enfermedades infecciosas. En el último medio siglo, surgió en algunos países cuando el Welfare State no fue concebido sólo como un sistema asistencial. Pero en conjunto, la posibilidad de la salud no se ha afirmado todavía en la economía, en los actos de gobierno, ni en las orientaciones de la sociedad. El enfrentamiento puede parecer esquemático, pero es sabido que en gran parte de las naciones, los gastos prioritarios son los militares. Éstos ascienden, en el mundo, a 1. 700 millones de dólares por minuto; y son en proporción a las rentas, tres veces más altas en los países subdesarrollados; a su vez, estos reciben armas de los países más ricos, es decir que aquellos países que tendrían mayor necesidad de destinar sus recursos para la salud, más gastan en armas. Esto ha sido evaluado por Christie W. Kiefer con los actuales gastos anuales para fines militares; cada 35 segundos se pueden construir escuelas para 30 mil niños o alimentar a 22 mil personas por año. Doce minutos bastan para construir 40 mil centros médicos equipados; por cada 150 minutos (dos horas y media) el dinero corresponde al balance anual de la Organización Mundial para la Salud, y lo que se destina en 12 días, alcanza para suministrar agua descontaminada para todos los países pobres.

Pero en esta sede, más que las cifras, interesa el problema moral. J. Harris lo ha expuesto en estos términos: la amenaza a la vida de los ciudadanos que pudiese surgir por enemigos extranjeros y que podrían justificar los gastos militares, es normalmente futura o teórica; la propia vida se encuentra cotidianamente expuesta a riesgos inmediatos por la falta de atención médica. Por eso debemos *“adoptar el sano principio de que los peligros reales e inmediatos deben ser enfrentados primero que aquellos teóricos”*. Este principio debería inducir: *“a dar casi siempre al presupuesto sanitario, la prioridad con respecto al presupuesto destinado a la defensa de la Nación”*.

9. *Ética de la Prevención*

Este re-equilibrio no contempla sólo el balance de las Naciones y los recursos destinados a los valores principales como la salud y la instrucción, y no es sólo monetario. Importantes cambios en el clima moral y político, en la conciencia de los ciudadanos, en las prioridades de los gobiernos, podrían determinar una gran capacidad de reacción de la población hacia este problema. Pero aun cuando se afirmase, por esta o cualquier otra vía, una mayor prioridad de la salud, la ventaja en lo inmediato, a la humanidad sufriente no eliminaría el problema filosófico y práctico de la distribución de los recursos destinados a la salud. Estos aún, habiéndose incrementado, no pueden ciertamente ser ilimitados. En este ámbito hay dos problemas: la discusión sobre las *“elecciones trágicas”*, es decir en aquellos casos en los que es imposible no decidir a qué enfermedades, a qué categoría de ciudadanos e incluso a qué persona atribuir los medios que sean inevitablemente circunscriptos; y el tema, no sustitutivo del precedente, de la *“prioridad de la prevención”*.

Existen todavía en este segundo tema, muchos equívocos más bien banales. El primero está en contraponer la prevención a la cura, como si existiese una irremediable antinomia. El segundo está en afirmar de palabra el valor práctico de la prevención, pero negarlo en los hechos. En realidad, los gobiernos de las naciones

desarrolladas dedican a este fin no más del 3-6% de los gastos sanitarios, y las pobres una alícuota generalmente menor; también los ciudadanos prefieren por lo general, la construcción de un nuevo hospital a invertir en favor de la prevención (actividad que se nota menos y tiene efectos menos inmediatos). En otras palabras se puede decir, haciendo referencia a la mitología griega que Igea —la diosa de la preservación de la salud— se ha convertido en la hermana pobre de Panacea, la diosa que promete un remedio para cada mal. El tercer equívoco está en considerar intervenciones, como por ejemplo, los diagnósticos intrauterinos como prevención de las enfermedades, ya que revelan anomalías y malformaciones fetales. Salvo por casos excepcionales, en que un bebé puede ser operado en el útero, la decisión que puede ser adoptada es otra: la de prevenir no una enfermedad, sino el nacimiento mismo; una decisión que puede ser aprobada o bien considerada como inapelable o bien criticable, pero que no es moralmente neutra.

El cuarto y banal equívoco, es tal vez el más difundido, y está en confundir dos campos y sujetos diferentes de la prevención. Existe por un lado la "prevención primaria" y la "promoción de la salud", que se proponen conjuntamente prevenir las enfermedades y mejorar las condiciones psico-físicas de los individuos. Estos tipos de prevención tienden a movilizar la capacidad preventiva, que es fruto de decisiones llevadas a cabo en otros campos: la difusión de la instrucción, la humanización del trabajo, el mejoramiento de la nutrición, de la vivienda y de la vida urbana y del espíritu de convivencia y solidaridad entre los ciudadanos. Tales recursos, indirectamente, contribuyen en forma decisiva al mejoramiento de la salud; ya sea porque logran cambiar las condiciones objetivas de la existencia o porque desarrollan en los individuos conocimientos y estímulos aptos no para obligar, sino para favorecer la libre adopción de comportamientos más saludables. Existen por otro lado la "medicina preventiva", y la "prevención secundaria", que son actividades específicas de la medicina: vale decir, los servicios dirigidos a las personas con el fin de diagnosticar y curar las enfermedades en su fase pre-sintomática o inicial para obstaculizar su progreso y minimizar el daño.

Un equívoco menos banal, pero bastante difundido, está comprendido en la afirmación de que prevenir cuesta menos que curar. En muchos casos es verdad. Pero si se razona exclusivamente en términos monetarios, es fácil observar que la prevención puede alejar y atenuar la enfermedad pero no puede evitar la vejez y los procesos que conducen a la muerte; es decir, las fases de la vida en que los gastos terapéuticos devienen más caros. Exprimiendo al límite este razonamiento, y prescindiendo de cada evaluación moral, se podría decir que el ahorro mayor se realizaría no con la prevención pero sí con la eutanasia forzosa de los sujetos que nacen enfermos y necesitados de muchos cuidados, o de aquellos que contraigan enfermedades crónicas o de cualquiera que alcanzase una edad muy avanzada. En cambio, si sin descuidar los aspectos económicos, se razonase incluso en términos humanos, la afirmación "*prevenir cuesta menos que curar*" sí resulta una verdad sustancial porque puede ahorrar o atenuar muchos sufrimientos evitables.

Pero aun esta afirmación no puede ser generalizada; debe ser comprobada y puede ser también confutada, en relación a la validez de las diferentes medidas de prevención. Se ha comprobado, por ejemplo, que el diagnóstico prematuro de los tumores malignos de cuello uterino es útil para ahorrar vidas humanas como medios terapéuticos; pero en el cáncer de próstata, aun siendo los métodos válidos para demostrar su presencia asintomática, no hay demostración alguna de que el screening precoz y la operación en forma sistemática reduzcan el índice de mortalidad. En los exámenes autópsicos de hombres mayores de 50 años fallecidos por otras causas, ha resultado que casi un tercio tenía un carcinoma prostático latente y por lo tanto inocuo; diagnosticar y operar estos casos hubiese podido ser dañoso por los riesgos y las secuelas de la intervención, por los efectos psicológicos del saberse canceroso y aun por los costos de las curas. Cuando la prevención está ligada a la modificación del comportamiento, comúnmente el balance es positivo ya sea en los que respecta a la salud de las personas o la reducción de los gastos sanitarios. El ejemplo más demostrativo es la disminución en el hábito de fumar; cuando esto sucede se puede decir que el daño lo sufren los productores y vendedores que ven reducidas sus ganancias y la ventaja es

para el que deja de fumar (salvo que esto no traiga una profunda depresión...). Pero en otros casos similares, no todo es así de claro. En *“Leggenda e realtà del colesterolo”* (Bollati Boringhieri, 1993), Marco Bobbio ha resumido muchos datos que confirman que el riesgo de infarto es mayor cuando hay exceso de colesterol en la sangre; pero también ha documentado que no existe ninguna prueba que demuestre que el promedio de vida de una población se prolongue, modificando la dieta o tratando constantemente con fármacos bastante costosos a aquellos individuos que tengan un nivel anormal de colesterol. Resulta claro con este ejemplo que cuando las enfermedades son pluricausales, es decir asociadas a diversos factores, la idea de prevenirlas actuando contra “el enemigo” que nació en la era microbica con la difusión de las vacunas, a menudo no es ni válida ni conveniente.

Son medidas preventivas de carácter primario, importantes, poco onerosas en el ámbito sanitario y muy convenientes para la salud, pero muy comprometidas en términos de modificaciones ambientales, es decir, de transformaciones, ya sea de las infraestructuras o de los modelos de producción y consumo. Frecuentemente, y como consecuencia de estas medidas, han derivado los mayores resultados. Por ejemplo: los efectos benéficos que tuvieron a fines del siglo XIX la prohibición de trabajo para los menores, la reducción en las horas de trabajo y las medidas a favor de las trabajadoras embarazadas. Se puede también citar un episodio anterior: cuando en Londres (en el año 1854) durante una epidemia de cólera, John Snow descubrió que la enfermedad estaba siendo difundida a partir de Broad Street a través de una tubería de agua contaminada. Una vez que ésta se cerró, la epidemia cesó. John Snow debió superar incomprendimientos, pero sucede que cuando hay grandes intereses en juego, son aún más las resistencias para aceptar la existencia de una relación de causalidad entre las enfermedades y las condiciones ambientales. Cuando se discutió en el Senado del Reino Italiano la ley sobre el trabajo de los menores, el senador industrial Alessandro Rossi (en la reunión del 10 de Diciembre de 1885) afirmó: *“puestas al día las condiciones higiénicas, el trabajo se torna útil y provechoso para los púberes y sus familias. No siempre el trabajo es perjudicial. Por ejemplo, los tra-*

bajos en las minas preservan de la tisis; así como también se preservan de ciertas enfermedades aquellos que trabajan el cobre y el cuero”. Respecto a los casos citados y en aquellos que hacen a la realidad de nuestros días, la demostración del nexo de causalidad puede ser menos evidente; y las modificaciones necesarias para los fines preventivos, pueden ser más complejas que la de no cerrar una tubería de agua y sacar de otra, o bien eliminar el trabajo de los chicos. En cada caso es raro que se pueda hablar de costo nulo; se debe precisar también que la relación entre costos y beneficios, evaluada en términos macro-económicos, es analizada en forma asimétrica porque las personas sobre las cuales recaen los costos y aquellos a los que les trae beneficios raramente son los mismos.

Me he referido hasta ahora a la evaluación práctica de la actividad preventiva. Espero que hayan quedado claro dos puntos: a) que en muchos casos la prevención de las enfermedades es el efecto a veces esperado, pero frecuentemente más espontáneo de los progresos de la civilización y de la afirmación de otros derechos humanos y sociales; b) que en la acción sanitaria específica es necesario un re-equilibrio de los empeños entre la asistencia a los enfermos (general y especializada, domiciliaria y hospitalaria), la medicina preventiva y la prevención primaria; que sin pasar por alto ninguna de estas tareas, refuerce la prevención primaria. Las motivaciones económicas convergen comúnmente, pero no siempre, sobre esta exigencia la cual me parece contener de modo unívoco tres motivaciones éticas que yo definiría: la virtud anticipadora, el principio de universalidad y la atenuación de los conflictos.

Uno de los privilegios éticos de la prevención está en su virtud de la anticipación, en la capacidad de intervenir con el fin de evitar el daño. La equivalencia salud-bien y enfermedad-mal, como la aún más radical por su irreversibilidad vida-bien y muerte-mal, pueden ser asumidas como distinciones básicas entre los valores, como lo señala Jonás con su *“sí a la vida”*. Es verdad que la discusión filosófica lo pone alguna vez en duda, así como también si existen casos en que pueden ser considerados contrariamente. Pero se puede agregar que la autonomía de un sujeto presupone,

junto a la libertad, la capacidad de gozar de ella teniendo a su disposición los conocimientos o las condiciones psico-físicas idóneas. Ni siquiera ésta vale como regla general, pero está ampliamente reconocido que la salud es un factor que casi siempre favorece la libre elección y la participación en la vida de la comunidad. Hasta los que han definido a la salud en sentido instrumental, como capacidad del sujeto de cumplir con los deberes que le vienen asignados, en el querer someterlo con fines heteronómicos reconocen implícitamente este valor. Finalmente (pero quizás es mejor decir en principio) la prevención tiende a consentir la realización de un programa vital inscripto en el código genético, oponiéndose justo a tiempo a las enfermedades que pudiesen alterarlo o interrumpirlo prematuramente. Se puede objetar que los programas genéticos prevén, a veces, enfermedades de carácter endógeno y que muchas enfermedades exógenas tienen un origen natural. Pero la prevención tiende justamente a corregir tanto estas condiciones como las enfermedades antropógenas; puede ser por esto éticamente basada en toda acción específica de la especie humana tendiente a favorecer el pleno cumplimiento del ciclo vital de cada individuo, a garantizarle un mayor "empowerment" (potenciamiento de la facultad junto con el poder) y a permitirle por eso ser él mismo un agente moral.

Otra motivación reside en el principio de universalidad. Consiste, en este caso, en el hecho de que la prevención tiene una capacidad tendencialmente igualitaria. Así se ha expresado, incluso en el pasado, en las medidas del saneamiento humano o en la de la vacunación adoptada en la lucha contra la viruela, el cólera, la tuberculosis y la poliomielitis, de las que se beneficiaron más o menos todas las clases sociales y para algunas enfermedades todas las naciones del mundo. Hoy se ha agregado otra constatación que ha sido señalada por el epidemiólogo Rodolfo Saracci (*Le Monde*, 10/10/1990): "el mecanismo que tiende a lograr el derecho igualitario a la salud para todos los ciudadanos a través de un igual acceso a los servicios de diagnóstico y curativos es absolutamente vital, pero corre el riesgo de convertirse siempre en más costoso y menos igualitario. El único medio para enfrentar simultáneamente el volumen del gasto y la desigualdad en la protección de la salud, es la

prevención... Ella elimina desde la raíz una de las desigualdades más relevantes y comúnmente preñada de consecuencias en el plano personal: la desigualdad entre una persona afectada por una enfermedad y una persona que goza de buena salud. Toda la medicina tiene como meta la salud, pero sólo la prevención tiene como característica intrínseca y como fin específico la igualdad de cada ciudadano en el campo de la sanidad". Uno de los filósofos italianos que han analizado la relación entre ética y salud, Salvatore Veca (en *Questioni di vita e conversazioni filosofiche*, 1991 p. p. 193-201), después de haber examinado la tensión entre utilidad y derechos, ha sugerido "qué cosa une a utilitaristas y kantianos". Él afirmó: "razones de utilidad y razones de derecho son esencialmente razones impersonales y neutrales respecto al agente; ellas son o pretenden ser razones para cualquiera. Esto es que coliga las dos perspectivas principales y la tendencia a la universalidad que es, junto al efecto del punto de vista objetivo en ética y una huella de la venerable regla de oro. Adoptar el punto de vista ético coincide aquí con el máximo esfuerzo de echar una mirada unipersonal sobre nuestra vida. La pregunta "¿Cómo debemos vivir?" debe reformularse más precisamente: "¿Cómo cualquiera debería vivir?" Puede darse que la prevención sea un terreno fértil para confirmar o para hacer avanzar esta reflexión.

El principio de atenuar los conflictos no puede por cierto significar que la prevención pueda eliminar los contrastes: ni aquellos entre los intereses, ni aquellos entre los legítimos valores humanos que sean poco conciliables entre ellos. Pero puede reducirlos. Engelhardt Jr. sostiene que "un sistema que concentra sus propios recursos en la medicina preventiva pone en conflicto a aquellos que requieren ya asistencia sanitaria, a favor de aquellos que podrían en un futuro ser salvaguardados de los males provocados por las enfermedades prevenibles". Se puede observar que esta disputa se verifica (no necesariamente) en el caso de la prevención médica, la cual recurre a los mismos recursos que pueden ser destinados a la terapia; mientras no existe o es de todos modos menor, en la prevención primaria y en la promoción de la salud que se basan en la movilización de otros recursos comprendidos los comportamientos personales.

Otro tipo de conflicto ético se encuentra en el ejercicio mismo de la profesión médica. El tema, generalmente, ha sido tratado con ironía; raramente analizado profundamente. Lo trató por ejemplo Bernardino Ramazzini, en el tratado en el cual describe en 1700, las enfermedades de casi todos los trabajadores de la época hablando de los médicos. Lo hace en estos términos: *“es sorprendente cómo durante graves epidemias, fiebres malignas, pleuritis y otras enfermedades que se difunden en la población, los médicos clínicos permanecen inmunes casi como un privilegio de su profesión. Esto, creo, que se puede producir no tanto por las precauciones adoptadas, sino por el mucho ejercicio y por su buen humor; porque regresan a casa bien cargados de dinero. He observado que los médicos no están nunca tan mal como cuando nadie está mal; este fenómeno se me ha hecho evidente en los últimos cinco años, en los cuales mejoradas las condiciones higiénicas, no se ha verificado ninguna epidemia”*. En sustancia, los médicos actúan según “ciencia y conciencia”, que son los dos imperativos morales de la profesión, pero viven y ganan en proporción a las enfermedades. Hay un tercer mandamiento, el de los intereses, que aún cuando no influya en las prestaciones, puede crear una situación conflictiva con ciencia y conciencia. La actividad curativa de los médicos está en sí misma impregnada de valores morales y es de todos modos destinada a persistir hasta que existan las enfermedades. Esto es para siempre: pero puede ser bueno resolver, al menos en parte, la antinomia que he señalado coparticipando los médicos a preservar la salud. No he comprobado su autenticidad, pero me pareció indicada la solución que se aplicaba a este problema en la antigua China: al médico de la familia se le pagaba mientras que todos estuviesen sanos, pero el pago se suspendía cuando alguno de los miembros de la familia se enfermaba, por la simple razón de que su deber era principalmente el de mantener a todos en buena salud. Una versión moderna de esta orientación, está en la aplicación que se está cumpliendo en los Estados Unidos, y en algunos países europeos, para asociar a los médicos, aún incentivándolos económicamente, a los programas de prevención.

Probablemente, el conflicto más profundo que la prevención puede atenuar, es el que surge de la práctica de los trasplantes.

Para evitar equívocos es útil remarcar: a) que a veces el trasplante puede ser el único medio para recuperar la salud y para salvar la vida; b) que la donación de órganos, como promesa hecha por la persona o como decisión post-mortem de los familiares, es uno de los actos más profundos de la solidaridad que se puede cumplir. Considerando esto, se debe reconocer que el trasplante de órganos vitales es también la expresión de dos quebrantos; porque un individuo (el donante) ha muerto precozmente, generalmente joven y muchas veces víctima de un accidente, y el otro (el receptor) se ha enfermado gravemente de no poder sobrevivir si no es aplicando, con intención honesta, el principio “mors tua, vita mia”. No existen muchas investigaciones epidemiológicas o clínicas, para establecer cuántos de estos casos se hubiesen podido salvar, la vida de uno o la salud del otro o bien a ambos, con la utilización de medidas preventivas o de curas precoces. Me ha ocurrido en cambio, después de que en Italia se estableció la obligatoriedad del casco para los motociclistas y que gracias a esto se redujo a la mitad el número de los accidentes fatales, escuchar a un cirujano lamentarse “no podemos hacer más trasplantes”.

Aun siendo un admirador de los milagros que a veces logran los cirujanos, me ha venido a la mente escuchando esta frase, una evaluación de Platón (*La República*, 405 A. C) quien consideraba más desafortunada que armoniosa, una ciudad que tuviera “la necesidad de médicos y de jueces hábiles”. Él consideraba vergonzoso “verse obligado a recurrir a una justicia ‘tomada’ a préstamo de otros, como patronos y jueces por falta de recursos personales”, como también a “recurrir a la medicina para toda otra razón que por heridas o ciertas enfermedades que se repiten cada año (¿la malaria?) pero por la pereza y el régimen de vida”. Hoy día sabemos que por la justicia, más allá de los recursos personales, es necesaria la equidad social; y por la salud además del régimen de vida, un ambiente saludable. Pero se puede todavía compartir la meta: actuar de modo oportuno y apropiado para promover y mantener estos dos valores, conjuntamente indispensables para la convivencia civil y el bienestar personal, y para evitar delegarle a los jueces y a los médicos, aunque sean hábiles.

10. *¿Cuál salud y cuál contrato entre medicina y sociedad?*

¿Existe un acuerdo sobre el hecho de que la salud sea un bien a preservar y a promover, y que constituya un valor en sí? En el pasado no siempre fue así y ni siquiera en el presente. En el Medioevo, por ejemplo, cada valor fue subordinado a la elección de la redención. Se afirmó la idea de que puede existir una *salubris infirmitas*, si una enfermedad lleva hacia Dios, y una *perniciosa sanitas* si la salud lograda a través del placer aleja en cambio de Dios. Quisiera agregar que en la era moderna el pensamiento religioso ha casi siempre reconocido la intrínseca virtud de la salud y que una concepción laica de la vida ha abierto el camino a la búsqueda individual y colectiva del bienestar. Pero estoy obligado a poner el verbo en condicional. Persistirían en realidad en muchas religiones viejos residuos, especialmente de la idea de que podría existir una *salubris infirmitas*; y se encuentran, por otro lado, corrientes de la ética laica que conciben a la salud de un modo instrumental o bien exaltan las curas médicas hasta otorgarles un valor que trasciende la vida misma.

Una concepción instrumental es claramente enunciada, por ejemplo, en *What kind of life* (Simon and Schuster, 1990) un libro ciertamente estimulante de Daniel Callahan, presidente del *Hastings Center*. Él afirma que respecto al bien particular de los individuos "la más alta prioridad está atribuida al bien común y la

salud colectiva de la sociedad". La salud, según Callahan, es en sí misma un medio para alcanzar los fines de la sociedad: mantener en orden el sistema legal y el sistema político, asegurar un fuerte funcionamiento de las instituciones que regulan estos sistemas, trabajar para obtener un sólido orden económico que es el vehículo de la estabilidad y de la fuerza de la Nación, reforzar la defensa nacional, desarrollar y transmitir los conocimientos y la cultura ya sea por fines económicos o porque florezcan "*nuestras instituciones y tradiciones*". Preservar finalmente aquellas instituciones que constituyen los vínculos profundos de una sociedad: la familia, las organizaciones de caridad y filantrópicas, la Iglesia y otras asociaciones voluntarias. Una de las justificaciones de esta tesis es que, con algunas excepciones, el nivel de la salud individual y colectiva en los Estados Unidos no llega al punto de comprometer el logro de estos fines y que en tanto haya defectos en las instituciones sociales, la causa no está ciertamente ubicada en la mala salud de quienes de ella participan. La polémica, en esta como en otras obras de Callahan, es también asociada a la crítica hacia la dilatación desmedida del concepto de salud, (así escribe "*ninguno de estos fines, necesita de una salud óptima o perfecta; esos son compatibles con una vasta gama de enfermedades e inhabilidad individual*") y del costo creciente de las curas médicas que, aunque sean necesarias para los individuos, no responderían a los intereses de la sociedad como él las define.

Otra concesión laica, y en ciertos casos declaradamente mercantil del uso de la salud, es la que se basa en la dilatación del consumismo médico que llega a usurpar la vida. Este fenómeno ya analizado en el capítulo IV, es criticado por muchos: no sólo por su incidencia en los costos de las curas, sino también por sus implicancias éticas y por los fracasos a los cuales puede llevar la medicina misma. Sobre esto ha escrito Roy Porter: "*el prolongamiento de la vida y el aspirar a una salud perfecta (belleza, juventud, felicidad) son intrínsecamente condenados a la autoderrota. Se aplica necesariamente la ley de las ventajas decrecientes. Se puede ayudar a un mayor número de personas a llegar hasta los 80 o 90 años. Pero como todos los geriatras saben, esto no equivale a conferir ni autonomía, ni conciencia, ni la movilidad del individuo. Prolon-*

gar la vida es médicamente posible, pero comúnmente no es una vida plena sino que está expuesta al abandono y la degradación... ¡Qué destino ignominioso el de la medicina si sólo debiera obtener pequeños logros en la vida de las personas pero sin ninguna alegría!... Es obvio que la prolongación de la vida —la abolición de la muerte— acaso por medio de alguna variante de la invernación, no sería una solución sino sólo un agravamiento de la misma".

Pero esto ya se había manifestado, como lo saben los lectores de Swift, en el reino de Lunggnagg, uno de los tantos países que Lemuel Gulliver visitó luego de sus viajes más famosos a Lilliput y a Brobdingnag. En ese reino se verificaban cada siglo, dos o tres partos excepcionales en los cuales nacían igual cantidad de bebés con una mancha rosa en la frente, marca de pertenencia a los "Struldbrug", los inmortales. Cuando lo supe, cuenta Gulliver, fui invadido por una inefable alegría; sea por la felicidad de un pueblo que podía tener tantos ejemplos vivientes de la antigua virtud y que por eso contaba con maestros instruidos con la sapiencia de las personas de edad; o sea por la beatitud de los "Struldbrug", "*los cuales exentos de la calamidad universal que incumbe a la naturaleza humana, son de espíritu libre y no oprimido por el continuo temor a la muerte*". Pero al profundizar su investigación, descubrió que la inmortalidad no garantizaba a los "elegidos" ni una perpetua juventud, ni salud, ni vigor. Los "Struldbrug" se comportaban como el común de los mortales hasta los treinta años; luego comenzaban a sentirse precozmente melancólicos y depresivos, pensando en los achaques y en la pavorosa perspectiva de desgastarse sin poder morir jamás. Cuando el viajero pregunta por ellos y dónde encontrarlos, al verlos descubre que son seres viejos y decrepitos; él luego comenta que "*ese había sido el espectáculo más desolador que nunca jamás había visto*", y agrega finalmente: "*el hombre espera siempre un nuevo día para vivir y considera a la muerte como el peor de los males... Sólo en la isla de Lunggnagg, la avidez por vivir no era así de intensa, y eso teniendo siempre en cuenta el ejemplo de los Struldbrug*". En nuestro tiempo y en nuestra tierra, tengo el temor de que la medicina (aprovechando que el ejemplo más arriba citado no existe y ni siquiera se visualiza) está intentando repudiar a la muerte, ale-

jándola de la óptica humana; pero que obtenga como resultado paradójal, agigantar el terror hacia ese evento natural.

Más allá del riesgo de esperar de la medicina no sólo la cura y la prevención, sino también la perfección, la felicidad y la inmortalidad, se encuentra sobre todo el riesgo opuesto: disminuir el valor de la salud y de los esfuerzos que se puedan cumplir para mejorarla. Las discusiones actuales son más enfervorizadas y difundidas desde que ha crecido la preocupación por el costo global de la atención médica. Sobre esta vertiente restrictiva se han enunciado tres hipótesis. Una es que el concepto de salud se deba limitar a "cuánto pueda ser garantizada colectivamente con los recursos destinados a ella"; un criterio absolutamente estático que hace de la salud un derivado unívoco de la política monetaria. La segunda es que se pueda "quitar a la salud el status de bien del valor intrínseco"; ésta sin embargo contradice la opinión común de los ciudadanos, o sea un aspecto fundamental de los derechos humanos. La tercera es la de separar el mínimo garantizado de asistencia, el cual debe ser asegurado para todos, de las otras intervenciones que vayan más allá del mínimo; las cuales pueden no ser accesibles para todos pero sí para algunos, pocos, muchos o muchísimos según las circunstancias. Esta sugerencia se circunscribe sólo a las curas o a la medicina preventiva en un sentido estricto, pero conteniendo el reconocimiento de una parcial inequidad, la cual puede constituir una base para la discusión: con tal de que el "mínimo" se acerque lo más posible al necesario; y con tal de que "las que vayan más allá" no superen los límites en la búsqueda de la perfección absoluta y de la inmortalidad. Esto significaría ilusión y engaño, que quizás son dos componentes imprescindibles de la acción y de la aspiración humana, pero que no corresponden ciertamente a los fundamentos éticos de la medicina.

Con respecto a la otra pregunta contenida en el título de este capítulo, sobre cuáles son las relaciones y qué contratos son favorables entre medicina y sociedad, Daniel Callahan ha intentado dar una respuesta en una reunión en el *Hastings Center*, desarrollada el 9 y 10 de diciembre de 1993. Las dos premisas han sido: a) que la medicina es una institución distinta en la sociedad, inclu-

so si sus fines derivan de un cambio dialéctico entre la finalidad médica y aquellas sociales; b) que las metas de la medicina deben ser formuladas de modo de evitar una fácil medicalización de los problemas sociales.

Sobre esta base han sido formuladas dos preguntas: a) ¿Qué tipo de sociedad podrá promover mejor una buena medicina?; b) ¿Qué tipo de medicina podrá promover mejor una buena sociedad? Las respuestas han sido las siguientes. La "mejor sociedad" para la medicina sería aquella que: a1) permitir a la medicina conseguir sus propias metas intrínsecas; a2) no pedir a la medicina que haga el trabajo que le corresponde a otras instituciones sociales, salvo en las emergencias; a3) no someter a la medicina a los fines políticos; a4) diferenciar a la medicina de otras instituciones; a5) no orientar a la medicina hacia otras metas de la ingeniería social o hacia otros fines que van más allá de la salud. A modo complementario, la mejor medicina para la sociedad sería aquella que: b1) no urja a la sociedad para medicalizar sus problemas; b2) no proponga a la sociedad que se dé significado a la vida a través de explicaciones médicas; b3) no insista en la idea de que el bien de la medicina es igual al bien de la sociedad; b4) no afirme que la salud es el único bien o el más noble.

Pienso que cada uno, frente a esta lista, necesita explicar o tal vez pedir explicaciones así como quitar o agregar otros puntos. También yo, naturalmente quisiera que la lista "a" fuese integrada con la afirmación de que la mejor sociedad (para la medicina, aunque no sólo para ella) es aquella: a6) que hace lo posible para prevenir las enfermedades; a7) que promueve una mayor equidad en la salud, también evitando mecanismos de exclusión y segregación que puedan provocar enfermedades físicas, mentales y violencia en contra de las personas, a8) que pone a la salud como una prioridad (ni la única ni la mejor, ya que a veces puede resaltar la paz o la libertad). En síntesis, una sociedad que en lo posible no obligue a la medicina al triste deber de empeñarse en una actividad reparadora, tardía y generalmente inútil, de los daños ocasionados fuera de su campo de acción. Además yo desearía que la lista "b" confirmase también que la mejor medicina (para la socie-

dad e incluso para ella misma) es aquella que: b5) cura a cada enfermo de un modo igualitario, basándose exclusivamente en la diversidad de los cuadros clínicos; b6) sabe no sólo prescribir sino también escuchar y lograr, no sólo con información, la participación activa del enfermo al proceso terapéutico; b7) contribuye con la prevención, las curas y la rehabilitación a mejorar la capacidad de los individuos; b8) estudia las condiciones en las cuales se desarrollan las enfermedades, se las señala a la sociedad y contribuye en su propio ámbito, sin desviarse de sus otras obligaciones ni de sus libres decisiones, para modificar los comportamientos y las situaciones insalubres.

Me parece, de todos modos, que el esquema de Callahan, con estos y otros agregados más, puede ser útil para configurar un tipo de "contrato" entre la medicina y la sociedad, un acuerdo de convivencia y de recíproca conveniencia. En las definiciones de las partes que firman este contrato, deberán evitar la identificación de una y de otra con términos restrictivos.

La medicina, no es una actividad desarrollada sólo por médicos, vale decir una categoría profesional especializada y legalmente reconocida que trabaja en instituciones destinadas a ese fin. Su propia tradición está todavía sujeta a dos tensiones. Por un lado, no todas las actividades que actualmente desarrollan los médicos pueden ser consideradas como orientadas sólo hacia la salud. Se puede probablemente incluir en este ámbito a la cirugía estética, cuando ella tiende únicamente a la belleza; pero sin embargo los ejemplos más típicos son los de la vasectomía (recesión total o parcial de los conductos deferentes), y la ligadura de trompas, cuando tales cirugías no sean realizadas con fines terapéuticos, sino destinadas a procurar la esterilidad masculina o femenina. En estos casos se podría decir que el fin no es el de la salud sino el de la enfermedad, o mejor una mutilación que es tal por más que haya sido libremente solicitada por el sujeto a operar. Algunas corrientes bioéticas han propuesto sobre esta base diferenciar (no para atribuir a una y otra prestación un voto de mayor o menor ética profesional, sino para clarificar) al médico que actúa como tal en relación al que actúa sólo como técnico. Pero hay otra ten-

sión, esta vez del lado contrario, que se considera como actividad médica dirigida también a la curación de las personas enfermas, al menos en la intención de quien la ejerce, en la aceptación de quien la solicita y también a veces en sus resultados: la que se desarrolla en el ámbito de las "otras medicinas" impropriamente llamadas alternativas, desde el momento en que sean consideradas y valorizadas. Se puede observar que en muchos casos tal actividad escapa a la confirmación experimental, que además no es fácil ni siquiera en los campos reconocidos de la medicina occidental como el psicoanálisis; pero tampoco se puede desprestigiar a todas estas experiencias como si sólo fuesen patrañas y mistificaciones. Además se cumplen actividades de cura en el ámbito de la familia, especialmente por mérito de las mujeres a las que raramente se reconoce. Se sabe también que para ayudar a los tóxico-dependientes a salir de esta condición, es importante en muchos casos la ayuda de un profesional competente, pero es a veces más importante el aporte que le puede brindar una persona que ha atravesado y superado la misma experiencia. Se debe además decir que el campo de estas actividades tenderá a ampliarse ulteriormente principalmente a causa de las mutaciones nosológicas, que son propias de este período: la revolución epidemiológica que ha llevado al predominio de enfermedades degenerativas crónicas, a la prolongación de la vida, que ha acrecentado la necesidad de asistencia a los enfermos terminales. Se puede decir que en estos casos cualquiera puede, en cierto modo, ser médico tanto más cuando la persona de buena voluntad pueda adquirir los conocimientos científicos necesarios y establecer relaciones de colaboración con profesionales idóneos.

Por estas múltiples vías la medicina, aún siendo una actividad que no puede confundirse con otras y aún desenvolviéndose prevalentemente en el marco de sus propias instituciones, se abre a otros aportes que puedan enriquecerla. Pero aunque la sociedad, que es otra parte firmante del contrato, no debe ser identificada únicamente con el poder económico y político, las leyes y las instituciones públicas; la sociedad abarca muchos otros sujetos que proveen, en mayor o menor proporción, salud (o enfermedad). Los mismos son guiados por motivaciones éticas y por elecciones

personales diferentes, las que dentro de los límites del “non nocere” (no dañar) deben ser reconocidos y aún facilitados: sea en el nombre de la libertad, sea porque el “bien común” coincide más con la pluralidad que con la uniformidad, sea por las orientaciones bioéticas o sea por los comportamientos personales.

De entre estos múltiples protagonistas (los cuales no intento aquí enumerar ni analizar, ni siquiera sumariamente) podemos citar dos, cuya función directa o indirecta en el campo de la salud siempre existió, pero es hoy día cuando se las reconoce y se las analiza: el trabajo voluntario y el del mercado. Ambos sobresalen por su mayor relevancia e impresiona el hecho de que estos dos sujetos, aun teniendo en su origen motivaciones opuestas: en un caso el desinterés y la abnegación y en el otro el interés y el cálculo (palabras a las cuales no les atribuyo, aquí en esta sede, conexión entre el bien y el mal) pueden no sólo convivir, sino en algunos casos converger hacia el mejoramiento de la salud. Hoy el voluntariado no se expresa sólo en forma individual, sino también en forma colectiva: personas sanas se asocian para dedicar parte de su vida a la asistencia y algunas veces también a la prevención, se asocian enfermos o familiares de enfermos para solicitar mayor y mejor atención; también se unen aquellos expuestos a riesgos particulares, por ejemplo, los trabajadores de una fábrica, los pobladores de una zona que requieren medidas para recuperar la sanidad y la prevención. Por otra parte el mercado ha actuado un pro y contra de la salud en una función indirecta, estimulando el crecimiento de la prosperidad o la difusión de actividades productivas beneficiosas para las empresas y por el aumento de las ganancias, pero a veces patógenas para los trabajadores y para la población. Ha contribuido a desarrollar con el incentivo de las ventas y de la competencia, investigaciones de las cuales han nacido fármacos así como también instrumental para diagnosticar y prótesis eficaces. Y ha entrado finalmente, primero como complementario y luego como uno de los protagonistas, en la organización y en la regulación de las prestaciones asistenciales.

Por la influencia del mercado han sido introducidas nuevas palabras en el lenguaje y en la práctica de la sanidad. A algunas las con-

sidero más útiles: por ejemplo a la palabra eficiencia por el hecho de que su antónimo, la ineficiencia, es en algunos países como en Italia, el mayor factor de la inequidad en lo que corresponde a las erogaciones de la asistencia pública sanitaria por cuanto introduce importantes discriminaciones en el acceso y en la calidad de los servicios. La ilusión de gozar de iguales derechos, se acompaña en estos casos con el desengaño de los que como consecuencia se sienten totalmente desilusionados hacia la acción pública. Hay otras palabras que están verdaderamente pronunciadas con un significado mágico, por ejemplo: “competencia” y “empresa”.

El competir, que el antiguo diccionario del Tommaseo define como la *“búsqueda que realizan muchas personas de un mismo fin con algunas diferencias de opinión, de deseos, de derechos o de poderes”* puede estimular la calidad en los servicios, el que varias personas participen para ofrecer prestaciones útiles para la salud. Pero es menester recordar la distinción, enunciada por Reiman, entre la actividad médica (que aun regulada con una compensación monetaria tiene como primacía el bien del paciente) y la actividad comercial. En esta última, la competencia *“depende pura y exclusivamente del marketing y de la publicidad, las cuales generan la demanda de los servicios o de los productos, sean o no necesarios, porque el principal interés del proveedor es el de aumentar sus propias ventas y así maximizar sus ingresos... Los mercados pueden ser mecanismos eficaces para distribuir bienes y servicios según los deseos y la capacidad monetaria de los consumidores, pero los mercados no están interesados ni en sus necesidades ni en garantizar el acceso universal”*. La otra palabra mágica es empresa, un término que en mi país ha tenido en los últimos años un amplísimo uso. Se ha hablado incluso de usarla para sustituir a los conceptos considerados viejos y gastados de nación y de patria con Empresa Italiana; y en el campo sanitario la ley ha definido como Empresa a las Unidades Sanitarias locales y a los principales hospitales públicos. La palabra no figuraba en el viejo Tommaseo, pero el moderno *“Vocabulario de la lengua italiana”* editado por el Instituto de la Enciclopedia, la define como un *“organismo económico compuesto de personas y de bienes dirigidos al logro de un fin determinado”*. Cada empresa debe responder a cri-

terios de eficacia y de productividad, que son necesarios en cada campo para brindar el mejor producto. ¿Pero cuál puede ser el fin determinado, el mejor producto de una empresa sanitaria? Veo una sola respuesta a esta pregunta: la salud. El metro para medir la eficacia de una empresa sanitaria no puede ser sólo el balance entre la entrada y la salida del dinero. Lo importante es el “valor que se le puede adicionar a la salud”, el que ella logre alcanzar para los ciudadanos que recurran a sus servicios; el alejarse de esta meta es criticable en el plano ético y profesional. Pero es necesario saber que en muchos casos una empresa sanitaria podría encuadrar bastante mejor los propios balances multiplicando así para las personas que sufren análisis y operaciones superfluas, o bien ilusionando a las personas sanas diciéndoles que con frecuentes check-up están en posición de identificar y prevenir cualquier enfermedad.

Mercado, competencia, empresa; son palabras útiles pero subsidiarias, nada más que eso, en el campo de la sanidad. Pueden significar instrumentos pero no fines y como tal no tienen valor ético en sí mismos. Mercado, competencia y empresa no pueden ser considerados como los reguladores supremos. Requieren en sí mismos reglas que tengan en cuenta su propia lógica interna pero que sean formuladas por las personas interesadas a tales fines, más que en la ganancia. Para definir estas reglas, es necesario saber que para el mercado las actividades más convenientes no son habitualmente la prevención primaria y a la promoción de la salud; que en cambio significan el máximo de conveniencia para la comunidad y para los individuos. Cuando se admite la presencia del mercado en los servicios sanitarios, es necesario por lo tanto contrabalancear y compensar su influencia con una mayor intervención pública en estos campos.

Pero hay algo que no puede de ningún modo convertirse en el objeto del mercado: el hombre en sí mismo. En el texto de la Convención de Bioética elaborado en el Consejo de Europa, en la sesión del 26/06 al 01/07/94, llamada “*Convención para la protección de los derechos humanos y de la dignidad del ser humano hacia la aplicación de la biología y de la medicina*”; se escribió en el artí-

culo 11: “*el cuerpo humano y cualquiera de sus órganos no pueden ser como tales objetos de ganancia*”. En las “*Explicaciones*” que acompañan cada artículo del texto, el número 11 es explicado así: “*la disposición permite distinguir los órganos y los tejidos propiamente dichos, incluida la sangre (que no pueden ser objeto de beneficios para la persona de la cual han sido extraídos, ni por terceros, persona física o moral como un ente hospitalario), de las actividades técnicas (extracción, análisis, conservación, cultivo, transporte, etc) ejecutados a partir de estos elementos que pueden dar lugar legítimamente a una razonable retribución*”. La distinción aparece clarísima, pero la práctica del comercio de órganos humanos, aún estando circunscripto, tiende a difundirse en forma legal e ilegal y a gozar también de justificaciones morales. Esta me parece la violación más explosiva del contrato, existente hasta ahora, entre medicina y sociedad. El contrato puede, es más debe, comprender una pluralidad de los comportamientos tendientes al mismo fin, pero para ser válido y reconocido debe de haber una base ética mínima aceptada por todos.

De este problema que me preocupa y me angustia desde hace unos años, hablaré más ampliamente en el próximo libro.

Indice

INTRODUCCIÓN	7
PRÓLOGO	9
1. ETICA Y BIOÉTICA	15
2. ¿SALUD PARA TODOS O PARA POCOS?	21
3. LA MEDICINA OCCIDENTAL Y EL DERECHO A LA SALUD	27
4. ¿LA MEDICINA USURPARÁ LA VIDA?	39
5. EROSIÓN Y AMPLIFICACIÓN DE LA ÉTICA MÉDICA	49
6. ¿EXISTE UN DERECHO A LA ASISTENCIA?	61
7. LA EQUIDAD EN LA SALUD	69
8. LAS PRIORIDADES EN LA MEDICINA Y LA PRIORIDAD DE LA SALUD	77
9. ÉTICA DE LA PREVENCIÓN	87
10. ¿CUÁL SALUD Y CUÁL CONTRATO ENTRE MEDICINA Y SOCIEDAD?	97