



Acta Bioethica

ISSN: 0717-5906

info@actabioethica.cl

Universidad de Chile

Chile

Semplici, Stefano
EL "MÁS ALTO NIVEL POSIBLE". UN DERECHO ASIMÉTRICO
Acta Bioethica, vol. 16, núm. 2, 2010, pp. 133-141
Universidad de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55415469004>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

EL “MÁS ALTO NIVEL POSIBLE”. UN DERECHO ASIMÉTRICO*

Stefano Semplici**

Resumen: Hay una contradicción evidente entre lo proclamado en Cartas, Declaraciones y otros documentos internacionales y la realidad de los hechos. Ya en el Estatuto de la OMS, vigente desde 1948, se reconocía “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr” como “uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. En el mundo actual hay países en los cuales la esperanza de vida es de cerca de 80 años y otros en los cuales 8 sobre 10 personas mueren antes de los 60: la diferencia de lo “posible” es demasiado grande para ser aceptada. Para reducir esta distancia es necesaria una estrategia articulada en tres planos: repensar la relación entre *legal rights* y *moral rights*, que evite confinar los derechos sociales simplemente al ámbito de la buena voluntad y de la beneficencia; elevar el *golden standard* de la asistencia sanitaria, incluso en países con menores recursos disponibles, rechazando la idea que la diferencia esté en línea de principio insuperable; aproximarse globalmente a diversos factores que, determinando la calidad de la vida y las relaciones personales y sociales, contribuya también a establecer los niveles de la salud, así como modos y objetivos de la misma relación terapéutica.

Palabras clave: derechos, desarrollo, igualdad, equidad, justicia, asistencia sanitaria, doble estándar

THE “HIGHEST LEVEL POSSIBLE”. AN ASYMMETRIC RIGHT

Abstract: There is an evident contradiction between what has been stated in Guidelines, Declarations and other international documents and actual facts. Already in WHO statutes, valid since 1948, “enjoying the maximum degree of health possible” is recognized as “one of the fundamental human rights”. In present world there are countries in which life expectancy is near 80 years while in others 8 of 10 persons die before 60: the difference of what is “possible” is too big to be accepted. In order to reduce this distance an articulate strategy is necessary in three dimensions: to rethink the relation between legal and moral rights, which avoids to confine social rights simply to the good will or beneficence field; to raise health care golden standard, even in countries with minor available resources, rejecting the idea that the difference lies in an insuperable principle; and a global approach to diverse factors that, determining quality of life and personal and social relations, they also contribute to establish health levels, as well as ways and goals of the therapeutic relation itself.

Key words: rights, development, equality, equity, justice, health care, double standard

O “MAIS ALTO NÍVEL POSSÍVEL”. UM DIREITO ASSIMÉTRICO

Resumo: Há uma contradição evidente entre o que se encontra proclamado em Cartas, Declarações e outros documentos internacionais e a realidade dos fatos. Já no Estatuto da OMS, vigente desde 1948, se reconhecia “o gozo do grau máximo de saúde que se pode lograr” como “um dos direitos fundamentais de todo ser humano”. No mundo atual há países nos quais a esperança de vida é cerca de 80 anos e outros nos quais 8 em 10 pessoas morrem antes dos 60: a diferença do “possível” é demasiado grande para ser aceita. Para reduzir esta distância é necessária uma estratégia articulada em três planos: repensar a relação entre “legal rights” e “moral rights”, que evite confinar os direitos sociais simplesmente no âmbito da boa vontade e da beneficência; elevar o “golden standard” da assistência sanitária, inclusive em países com menores recursos disponíveis, rechaçando a ideia que a diferença esteja em linha de principio insuperável; aproximar-se globalmente dos diversos fatores que, determinando a qualidade da vida e as relações pessoais e sociais, contribuam também para estabelecer os níveis de saúde, assim como modos e objetivos da mesma relação terapéutica.

Palavras-chave: direitos, desenvolvimento, igualdade, equidade, justiça, assistência sanitária, “duplo standard”

* Traducción: Javier Luna Orosco E.

** Profesor Ordinario de Ética Social del Departamento de Investigación Filosófica de la Universidad de Roma “Tor Vergata”. Miembro del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO.

La “Declaración Universal de Derechos del Hombre”, de 1948, reconoce a cada individuo el derecho a la tutela de la salud. Lo hace, sin embargo, con cierta cautela, como ocurre frecuentemente para los derechos “sociales”, que se distinguen de aquellos civiles o “de primera generación” porque a ellos corresponden responsabilidades y deberes que no son sólo de respeto y protección. Que se trate de la salud o de la instrucción indica que, de hecho, no basta “dejar hacer”. Se requiere en muchos casos intervenir activamente para garantizar los recursos necesarios a quien no los dispone y organizar, si es necesario, una red de servicios adecuada y eficiente. En consecuencia, se necesita indicar claramente los sujetos y las instituciones que deberán asegurar que el derecho sea verdaderamente respetado y que su reconocimiento no se quede como un simple ejercicio retórico. En el caso de la instrucción, la Declaración de las Naciones Unidas afirma explícitamente que debe ser obligatoria y gratuita, “al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental” (Art. 26). Para la salud y el cuidado médico fue elegida, en cambio, después de haber examinado diversas alternativas, una solución que la incluía en el más amplio contexto de las condiciones indispensables para la tutela del derecho a la vida, pero sin vinculaciones demasiado estrictas: “Toda persona –así dice el Art. 25– tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

El derecho, en suma, es reconocido, pero no se aclaran ni el contenido del concepto de salud ni cuáles sean los niveles de asistencia médica que deben considerarse “destinados” a todos. Se habla muy fácilmente de un deber de asegurar la salud, es decir, de una competencia que es evidentemente imposible de realizar más allá de lo que la naturaleza misma del hombre determina. Y en cuanto se refiere a la responsabilidad de provisión de asistencia, hay tan sólo la indicación de carácter general reforzada por el Art. 22: “Los derechos económicos, sociales y culturales indispensables para la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad de cada individuo deberán ser garantizados sobre el doble binario del empeño nacional y de la cooperación internacional, coherentemente con la organización y los recursos de cada Estado”.

El Estatuto de la Organización Mundial de la Salud, vigente desde abril de 1948 (la Asamblea de las Nacio-

nes Unidas aprobó la Declaración el 10 de diciembre), había propuesto un objetivo más empeñoso. La lista de los principios fundamentales de los cuales dependen “la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos”, se abre con la definición de la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” para el cual no es suficiente la simple “ausencia de afecciones o enfermedades”. Una definición que ha sido y continúa siendo criticada por su excesiva amplitud y por lo abstracto de este estándar de integralidad. Sin embargo, inmediatamente después viene especificado, sin posibilidad de equivocación, que el derecho en juego impone una responsabilidad a la cual no podrán nunca corresponder una lógica y una política de mínimos: “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr a ser proclamado como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Este objetivo debe ser perseguido “con la más amplia colaboración de las personas y de los Estados”, y los resultados obtenidos en cualquiera de los particulares Estados son “válidos para todos”.

He ahí porque no puede ser considerada suficiente una genérica exhortación a la cooperación internacional. Se requiere un esfuerzo concreto para reducir aquellos niveles de desigualdad que no sólo son intolerables en términos de justicia social, sino que constituyen también “un peligro común”, por su inmediata incidencia sobre la capacidad de cada país en particular, “en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo transmisibles”. Fue hecho sin éxito el intento de incluir incluso en la *Declaración* de las Naciones Unidas la referencia al grado máximo de salud. En el texto de la OMS ella se completa por una parte, con la explícita indicación: “los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos”, y por otra: “la extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud”¹.

La historia del derecho a la tutela de la salud en los principales documentos internacionales ha seguido esta dirección. El paso fundamental es naturalmente el Pacto sobre los derechos económicos, sociales, y culturales aprobado en la Asamblea de la ONU en 1966.

¹ A eso corresponde, en el art. 27 de la Declaración, el reconocimiento que cada individuo tiene derecho a participar del progreso científico y de sus beneficios.

El texto del Art. 12 del Pacto se ha impuesto como el punto de referencia de toda posterior elaboración: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. A más de los objetivos más inmediatos que vienen mencionados: reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil; mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente; prevención y tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios sanitarios. Es importante subrayar la necesidad de dedicar a este derecho un artículo específico, distinto de aquel en el cual se reitera la responsabilidad de asegurar a cada ser humano “un nivel de vida adecuado” desde el punto de vista de la alimentación, vestido y vivienda.

El problema de la salud va entonces encarado, no menos que aquel de la educación, en un horizonte y con instrumentos que no se sobrepongan simplemente a aquellos del esfuerzo, obviamente indispensable, para garantizar a todos el mínimo de una decorosa existencia. Y esto por dos razones: de una parte el particular relieve del desarrollo científico y tecnológico, con la consiguiente exigencia de desarrollar los canales que permitan compartir el conocimiento, a más de hacer disponibles recursos adecuados y previsoramente crecientes. Y de otra —y esto es el punto de partida de mi reflexión— la imposibilidad de separar el parámetro de la adecuación con el del “máximo posible”. En los hechos, es evidente que cada vez que se enfrenta una grave patología y no se logra hacer todo aquello que es posible, la consecuencia corre el riesgo de ser no una menor y todavía siempre aceptable calidad de vida, sino simplemente la muerte. Cada razón cultural, social, ambiental o económica que introduce un diferente nivel de “posibilidad” en la defensa contra las enfermedades, introduce inmediatamente también, una asimetría en la garantía del derecho a la vida. Aquel derecho sobre el cual se rigen todos los otros. Aquel derecho que es hoy en día, para muchos hombres y mujeres del mundo literalmente “dividido”, si se toma por cierto que en los países más avanzados la expectativa de vida es de cerca de 80 años y en muchos de aquellos del África subsahariana se reduce a 40. También porque, de hecho, es imposible el acceso a tratamientos (si se piensa en el SIDA y otros) que vienen, por otra parte, garantizados a todos.

La opción para el más alto nivel posible de salud, se confirma en los documentos más recientes, entre los cuales está la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, adoptada por aclamación en octubre de 2005 en la Conferencia General de la UNESCO. El Art. 14 en particular reitera que está en juego este derecho fundamental a la salud de todo ser humano, profundizando esta perspectiva en el Informe que el Comité Internacional de Bioética ha aprobado definitivamente en la decimosexta sesión de noviembre de 2009 en ciudad de México. El Art. 14 precisa que la primera implicación de esta corresponsabilidad es la necesidad de promover el acceso a una asistencia médica “de calidad”, además de contar con los fármacos indispensables, porque “la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano”. ¿Cómo va interpretada esta puntualización? Las distintas respuestas a esta pregunta hacen del contexto de la recuperación de la salud el lugar de desafíos y conflictos de justicia decisivos. Ciertamente por la reflexión ética, pero también por quien ejerce en todos los niveles responsabilidad política.

Deberes perfectos y deberes imperfectos

El “máximo posible” es siempre, al mismo tiempo, un factor de impulso y de limitación. Sabemos que no podemos contentarnos jamás. No basta haber hecho tal cosa si no se ha hecho todo aquello que estaba en nuestro poder al menos intentar. Y todavía sabemos también que no todo aquello que queremos es realizable y que aunque lleguemos a algún sitio estaremos obligados a detenernos. He ahí porque esta idea parece la más adecuada para reasumir nuestro deber en las confrontaciones de la vida humana. El empeño no es adecuado si no coincide con el máximo posible y de veras la medicina puede hoy hacer mucho por ganar tiempo a la vida y a una vida en buenas condiciones de salud. Sin embargo, este tiempo resulta ser limitado y debemos aceptar no sólo que la muerte es nuestro destino, sino que puede llegar el momento en el cual no hay nada más que hacer, porque la ciencia y sus más sofisticados instrumentos no nos dejan lugar a la esperanza.

El problema nace cuando esta experiencia del límite, que es en el fondo la experiencia de la insuperable vulnerabilidad y finitud de la condición humana, cruza las dimensiones de los derechos fundamentales y de su respeto. Proclamar de partida el derecho a la

vida, irrenunciable aplicación del reconocimiento a la igualdad de todos los hombres, significa rechazar que aquel límite venga fijado por el color de la propia piel o de la propia religión, por ser hombre o mujer, por el lugar donde se ha nacido o la propia condición económica. Pero, ¿podría sostenerse aquí que las cosas están verdaderamente así? En realidad, la desigualdad entre seres humanos en los niveles de asistencia sanitaria es dramática y no sólo entre el norte y el sur del mundo. Incluso en los países más ricos son muchos los que quedan excluidos del perímetro de la calidad de la cura médica, que deviene así confinada al privilegio y no tanto al derecho. No estamos hablando —es claro— del límite que el progreso del conocimiento empuja siempre adelante. Son muchas las enfermedades, un tiempo atrás incurables, que hoy pueden ser curadas, restituyendo a los individuos a su vida y a sus afectos. Estamos hablando, como he subrayado apenas, de las condiciones de acceso a los beneficios del progreso. Todos, en línea de principio, tienen derecho; el “máximo posible” es un instrumento precioso para indicar de qué tipo sea el deber que a tal derecho corresponde.

La filosofía trabaja hace tiempo sobre la distinción entre *legal rights* y *moral rights*. Los primeros son tales porque son “justiciables”, siendo posible para la persona recurrir a los tribunales para asegurarse el respeto. Un derecho moral en cambio no es “el producto de la legislación de una comunidad” y precisamente por esto puede ser invocado “incluso de frente a una legislación o a una práctica que se le oponga”(1). En otros términos, paga su pretensión de universalidad con la renuncia a la cobertura de la coerción que caracteriza el derecho como *law*. Aquello de la justiciabilidad es en efecto y siempre el frente descubierto, el factor de intrínseca fragilidad de los derechos fundamentales. El pasar del plano de la exhortación al de una verdadera y propia obligación requiere que ellos vengan incluidos al interior de los diversos ordenamientos jurídicos y que por tanto sean respetados, con el uso de la fuerza si es necesario. Es suficiente pensar en los conflictos que se crean en el plano internacional en torno a los derechos —como el de no ser privado de libertad y, de hecho, de la vida por las propias opiniones o por la propia fe religiosa— para darse cuenta de la dificultad de hacer eficaces y universales su tutela. En el caso de los derechos sociales esta dificultad es mayor, porque su garantía requiere no sólo que se impida hacer el daño a los otros, sino también que tengamos recursos adecuados y que estos vengan adaptados en un cierto

modo. Teniendo presente, sobre todo, que al mismo objetivo pueden corresponder diversas elecciones cuya eficacia no siempre puede ser determinada *a priori*.

En suma: por más que existan intentos de compartir órganos y procedimientos para perseguir con operaciones de policía y de justicia internacional aquellos comúnmente reconocidos como crímenes contra la humanidad, están frecuentemente en contra los obstáculos del realismo político y de la fragmentación de los intereses nacionales. Es simplemente inimaginable que los modelos de asistencia sanitaria, así como aquellos de la instrucción, puedan ser impuestos por la fuerza, incluso porque —lo repito— no todos pueden contar con las mismas posibilidades y, por tanto, no todos pueden ser considerados en igual medida “responsables”.

Por ese motivo, parece imponerse la distinción, cuidadosamente elaborada por Kant en “La fundamentación de la metafísica de las costumbres”, entre deberes perfectos e imperfectos. La característica de los segundos es la de expresar un vínculo dinámico a la promoción de los fines esenciales de la humanidad: se pretende operar activamente por su realización, pero se lo hace a través de una obligación “amplia”, que prescribe una orientación más que una acción específica. Los deberes perfectos imponen en cambio una obligación “estricta”. Esta constricción es típica del deber como *law* y solamente de ella. La palabra “imperfecto”, por tanto, no está para significar que los deberes en cuestión son menos importantes, o que el “bien” al cual se refieren pueden ser descuidados, sino simplemente que no pueden ser impuestos, ni pueden ser definitivos en su preciso contenido con fuerza de ley. Se trataría en suma de deberes a respetar considerando todas las variables de las situaciones en las cuales se los encuentra concretamente para actuar y sobre la base esencialmente de un principio de solidaridad, es decir de un vínculo que tiende naturalmente a disminuir con la distancia entre los hombres. La máxima de la benevolencia como amor por los otros, en sentido práctico, es por tanto la disponibilidad a socorrerlos “en sus necesidades según las propias posibilidades para promover la felicidad”, no como un simple sentimiento, sino como deber. Esta benevolencia, que es ciertamente el amor más grande cuando se extiende, queda sin embargo como el más pequeño respecto al grado(2). Por decirlo con palabras de Adam Smith, el cuidado de la felicidad universal de todos nuestros semejantes es algo que corresponde a Dios más que al hombre, porque el hombre tenderá

inevitablemente a ocuparse más “de su propia felicidad que la de su familia, de sus amigos o de su país” (3).

El riesgo es claro. Estrechando el nexo entre cuestiones de límite e imperfección del deber en el sentido de la ausencia de presión exterior, se puede fácilmente en efecto llegar a un substancial vacío del derecho a la tutela de la salud como derecho universal, que más que cualquier otro está directamente ligado al derecho a la vida. El límite del máximo posible resulta en este modo la justificación teórica de la asimetría de hecho. Me limito a dos ejemplos: el de la tutela intelectual y el de la pobreza. La tutela de la propiedad intelectual puede ser pensada como un derecho garantizado por la ley, incluso en el ámbito internacional, a través de los acuerdos alcanzados en estos últimos decenios; simultáneamente, pero en otro contexto, la pobreza resulta una barrera difícil de superar y millones de personas correrán el riesgo de morir (y de hecho mueren) a causa de enfermedades que en otros países del mundo ya no matan. El bien tutelado por el deber imperfecto es ciertamente más grande, pero aquel tutelado por la patente es simplemente más fuerte. Las razones con las cuales se justifica esta tutela son debidamente consideradas, pero se trata de decidir si la propiedad intelectual es considerada un fin en sí mismo o un medio para “promover el bienestar de la sociedad”, obteniendo juntamente “más innovación y más justicia social” (4).

El *double standard* es otra forma de “minimización” del derecho. Aquello que vale para algunos no valdrá para otros, ya que en un caso se trata de la medida a la protección de los trabajadores o del ambiente, más allá de lo que significa regular la actividad de investigación y de experimentación. O bien todavía, que se trate de racionar las intervenciones previstas de protocolos terapéuticos consolidados, utilizando el argumento que aquello que se hace es de hecho mejor que nada, y es en cada caso el máximo posible, no para todos pero sí para “estos” seres humanos. La idea del *double standard* se insinúa por otra parte en los lugares más insospechados. La OMS, en sus pautas de 2007 sobre la prevención de la transmisión del virus del SIDA de madre a hijo, asumía la diferencia de los resultados obtenidos en los países ricos y en aquellos pobres más afectados y, proponiendo un *global standard* para las intervenciones de prevención y de curación, agregaba que resultaba inevitable dimensionarla en el contexto específico, teniendo en cuenta la complejidad del sis-

tema sanitario y de los recursos disponibles. Y en una nota de ese mismo año 2007, la Congregación por la Doctrina de la Fe, de la Iglesia Católica, se refería a la imposibilidad que se deriva de encontrarse “en alguna región muy aislada” o bien en condiciones de “extrema pobreza” ante el deber de garantizar alimentación e hidratación también a sujetos que se encontraban en un estado meramente vegetativo. Pero es significativo que precisamente la institución que se vuelve portadora de la exigencia más fuerte e intransigente de respeto por la vida humana se encuentre obligada a admitir que la pobreza puede valer como razón de inevitable excepción.

La integración entre el principio del máximo posible y el estándar de calidad tiene por objeto, tomando seriamente el desafío de la desigualdad, impedir que se considere esta asimetría inevitable e insuperable. Impone, cuando se mueve en el confín entre la vida y la muerte, hacer valer, al menos como tendencialmente “perfectos”, aquellos deberes que corresponden a derechos que permanecen en último análisis morales, no justiciables, con algunas importantes consecuencias sobre la declinación de tal estándar en el ámbito de la práctica médica, de su reglamentación y de la definición de su prioridad.

Calidad y cuestión de justicia

La noción de “calidad” es utilizada, en bioética principalmente, como evidenciadora de la contraposición entre los sostenedores del principio de calidad de la vida y los que afirman en cambio su sacralidad. Para estos últimos cada vida humana tiene siempre el mismo “valor” y como tal es digna de respeto, prescindiendo de las particulares condiciones de desadaptación o sufrimiento en las cuales podría encontrarse. Aceptar que se pueda medir la calidad de una existencia implica que tal valor no es siempre el mismo, considerando la constricción extrema del reconocimiento que una vida no es más “digna de ser vivida”. Resulta evidentemente decisiva la elección del parámetro de referencia. El recurso más difundido es el resultado de la combinación de un criterio sustancialmente patológico (hay enfermedades que hacen doloroso, casi imposible “querer seguir viviendo”) y de un criterio perfeccionista (ser incapaces de autodeterminación, haber agotado la conciencia de sí mismo y por tanto la propia identidad, significa haber perdido la calidad propiamente humana de la vida). La indicación operativa que se deriva prevé, en casi todos

los autores, que la validación última de la medición, especialmente en los casos de las soluciones eutanásicas, deba ser entonces aquella de la voluntad del interesado: no pueden nunca ser otros los que decidan por mí que tal vez es mejor morir.

En el ámbito de la política sanitaria, la calidad así entendida puede ser asumida como elemento relevante para la solución de los difíciles problemas de asignación de los recursos. Estos últimos son por tanto limitados, e incluso en los países más ricos se deben elegir prioridades. El método del QALYs (*Quality Adjusted Life Years*) parte de la atribución de un valor de uno (1) a cada año de expectativa de vida en condiciones de buena salud y, valorando el agotamiento de este parámetro en la medida que la calidad previsible de vida se hace menor, es aplicable la regla fundamental que impone utilizar los recursos de modo de “comprar” el mayor número posible de QALYs(5). La medida puede ser difícil y también peligrosamente discrecional, pero el criterio es claro: si un país, frente a la propagación de una pandemia, adquiere un número de dosis de vacunas insuficientes para cubrir toda su población, no escogerá por sorteo a quienes suministrarla, sino lo hará excluyendo las personas más ancianas y aquellas más afectadas por patologías gravemente invalidantes y de pronóstico rápidamente fatal.

La calidad (de la curación no de la vida) como estándar tiene en cambio una finalidad diversa y, en el caso puntual de los sujetos mas frágiles y sufrientes, opuesta. Ella vale como fundamental premisa de igualdad y de tutela de la similar dignidad de todos los seres humanos. En esta perspectiva, ancianos y discapacitados no son sujetos que, por así decirlo, “vienen después”, sino, por el contrario, los destinatarios de una atención y de una protección especial en virtud de su condición de mayor necesidad. Pero es sobre todo de frente a la asimetría del derecho a una asistencia sanitaria adecuada (de calidad) que se tienen las consecuencias directas de las asimetrías en la distribución de la riqueza, siendo este recurso particularmente exigente en los objetivos. ¿Por qué es el contenido de un deber tendencialmente perfecto? Porque (por usar el lenguaje de los economistas) una asistencia necesaria para la cual no valen los criterios de no rivalidad (la utilización de un bien de parte de alguno no impide la utilización de parte de otro) y no exclusividad (no se puede impedir el acceso al goce del bien) típicos de los bienes que por esto definimos “públicos”, resulta automáticamente un “lugar” de

discriminación. Es cierto que, en muchos casos, estos criterios no son aplicables al contexto sanitario, por cuanto los recursos son limitados y la coparticipación del conocimiento puede ser limitada (las patentes). La cuestión del acceso establece entonces “siempre” ineludibles problemas de equidad, tanto en sentido vertical como horizontal. Es importante la capacidad de tratar en modo diverso individuos con necesidades diversas, definiendo en consecuencia una escala de prioridades entre pacientes con problemas de poca importancia y sujetos atacados en cambio por graves enfermedades. Pero es igualmente importante –y esta puede ser una forma de “rivalidad” aún mas difícil de contener– que se asegure a cada individuo el derecho a ser curado de acuerdo con un estándar de calidad que no reduzca sustancialmente su esperanza de vida respecto de otra persona que se encuentra en la misma condición de necesidad. En suma, a necesidades idénticas deberían corresponder “derechos idénticos”.

Es esta la premisa (por dar sólo dos ejemplos relativos a las regiones del mundo donde se concentra en este momento el mayor número de emergencias sanitarias) del programa Dream (*Drug Resource Enhancement Against Aids and Mal Nutrition*), desarrollado por la comunidad de S. Egidio, y del llamado por una “Red Sanitaria de Excelencia en África”, lanzado en febrero de 2010 en la finalización de un encuentro en Khartoum, en el cual han participado representantes de 11 países de ese continente. La idea de Dream es que no puede existir un *double standard* sino solamente un *golden standard* para la prevención y la cura del SIDA, que afecta hoy 23 millones de personas en los países del África Subsahariana. El programa alcanza actualmente poco menos de 100.000 seropositivos, pero ha demostrado, pese a su número así limitado, que es posible (obligatorio) intervenir con los mismos protocolos utilizados en los países mas ricos e introduciendo la *Highly Activ Anti-Retroviral Therapy* para todos aquellos que de hecho la necesitan, recurso este que ha garantizado resultados de evidencia inconfundible, respecto incluso al problema de la prevención de la transmisión vertical del virus de las madres a los hijos. Tanto es así que la OMS, en las nuevas guías publicadas en noviembre de 2009, ha hecho suya esta indicación, explicando que una revisión del planteamiento precedente era necesaria, precisamente por “la creciente evidencia de un aumento de la sobrevivencia y de una reducción de la enfermedad relacionada al HIV, gracias a un uso anticipado de la terapia antiretroviral”. Con esto se hizo conciencia

de que los estándares de una cura de alta calidad para todas las personas contagiadas implican siempre una particular atención por los costos y la implicación financiera, sobre el supuesto de que el acceso de la terapia necesaria debería ser garantizado a todos, sobre la base de un principio de sustancial equidad. La excelencia no debe frenarse delante de las costas del África: los países del llamado de Khartoum fijan también para sus propios ciudadanos el objetivo de “curas médicas de alta calidad”, indicando como ejemplo el Centro Salam (Paz) de Cardiocirugía construido como emergencia en el propio Sudan.

Sería ingenuo ignorar los dos principales obstáculos que se contraponen a la extensión de la calidad posible. El primero es sin duda aquel de la “sostenibilidad”. No se trata, como ya lo he subrayado, de un problema que interesa solo a los países más pobres. Es una responsabilidad compartida definir un paradigma que asocie los desarrollos del conocimiento científico a una renovada aceptación y comprensión de la inexorable finitud humana. El límite de la medicina no está fijado solamente por la técnica, sino también por una razonable aceptación de tal finitud. El derecho que no se puede resignar es aquel de la asistencia necesaria y suficiente a garantizar las mejores probabilidades de completar el natural ciclo de la vida y de hacerlo en un nivel al menos digno de condiciones ambientales, físicas y culturales(6).

El otro gran tema es el de la definitiva universalización del *global standard* de la calidad. La Convención sobre los Derechos del Hombre y la Biomedicina, adoptada en noviembre de 1996 por el Comité de Ministros del Consejo de Europa, obligaba a los Estados miembros a garantizar, cada uno en su propia esfera de jurisdicción, “un acceso igual al cuidado de la salud de calidad apropiada” (Art. 3). El confín de los Estados parece remachar una vez más la distinción entre deberes perfectos e imperfectos: la defensa de los principios de la dignidad humana, de la igualdad y de la equidad “en el nivel global” –así se lee en la *Millenium Declaration* de las Naciones Unidas de 2000– “corresponde a una “responsabilidad colectiva” importante y todavía diversa de aquella que los jefes de Estado reconocen en la esfera de sus propios países y de sus propios ciudadanos.

Se puede tal vez dar un paso adelante, siguiendo la propuesta de John Rawls de atenuar la diferencia entre principio igualitario global y deber de asistencia, de modo de obtener un instrumento concreto y realista

de solidaridad y de política internacional. El principio igualitario que propone una suerte de división global de los recursos, para contribuir con un fondo específico con el fin de ayudar a los pobres de todo el mundo, debería tener un objetivo y un “punto fijo” y, viceversa, este objetivo y este punto fijo deberían constituir el mínimo aceptable del deber de asistencia, que se reduce, de no ser así, a una máscara de hipocresía. Se obtendrá así un “principio igualitario observado”: el objetivo es llevar a todos los seres humanos a vivir en condiciones de respeto substancial de su dignidad, dejando después que cada uno, satisfecha la necesidad fundamental de una cantidad suficiente de bienes primarios, pueda “ir adelante por sí mismo”(7). Afirmando que el objetivo, en el caso del cuidado de la salud, es el “más alto nivel posible” para todos, se subraya cómo en este caso el estándar de la equidad deba tender a la igualdad, pero se ofrece también un instrumento para el gobierno de las diferencias, de las desigualdades reales. El Comité Internacional de Bioética de la UNESCO ha interpretado en esta perspectiva el Art. 14 de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos. El máximo de igualdad “permanece el objetivo último cuando está en juego el derecho de cada individuo a la vida. El estándar de la igualdad y de la justicia debe asegurar en cada caso que el mínimo necesario para sostener la dignidad humana sea garantizado a cada uno”. Esto significa que, para los gobiernos de cada Estado en particular, el empeño de garantizar a sus respectivos ciudadanos el goce del más alto nivel de salud y de acceso a cuidados médicos de calidad, sin distinción, entre otros de condiciones económicas, es considerado absolutamente vinculante (par. 40). Pero también hay aquello de la solidaridad hacia los otros pueblos, que no es simplemente un problema de beneficencia (Art. 17).

Salud, libertad, cuidados

La calidad de las condiciones de vida es un parámetro controvertido cuando se utiliza para diferenciar valores. Sin embargo, desde hace tiempo se asimila el convencimiento de su circularidad con la noción de salud, cualquiera sea el más preciso significado atribuido a esta última. Las definiciones más comunes modulan variadamente los elementos recogidos en aquella propuesta de la OMS de 1948. La salud es para algunos, al menos de manera prioritaria, una cuestión de bienestar físico, es decir una condición biológica objetivamente verificable respecto del nivel normal de funcionamiento de los órganos en particular y del organismo en su contexto,

teniendo en cuenta las variabilidades ligadas al sexo y a la edad(8). Para otros, es decisiva la capacidad del individuo de perseguir los propios fines, de ser aquel que desea y de realizar aquello que considera importante para su proyecto de vida, pero sin exceder el límite (y se recupera así el estándar de la “normalidad” al interior de una concepción centrada en la autonomía) de aquello que se considera humanamente “razonable”(9,10). Otros todavía se mueven al interior de la perspectiva sociológica indicada por Parsons(11): el límite entre la salud y la enfermedad es, para muchos, el resultado de una construcción social y la práctica médica se incluye en este contexto, siendo condicionada en las formas organizativas y en los fines mismos.

Cada una de estas interpretaciones se puede fácilmente objetar señalando que el aspecto sobre el cual se concentran es importante, pero no el único. El más alto nivel posible se alcanza probablemente en la línea del método propuesto por Laín-Entralgo, trabajando sobre la mutua integración de los diversos sistemas fundamentales que constituyen la realidad del hombre: psico-orgánico, personal e histórico-social(12). Esta integración ha consolidado progresivamente el convencimiento de que la calidad de la “salud”, como cifra resumidora de la calidad de la vida, es el resultado de muchos factores determinantes que involucran diversas responsabilidades y competencias. Emilio La Rosa(13) los ha resumido recientemente en:

- Generales: organización política y social.
- Demográficos: edad, sexo.
- Biológicos: genéticos.
- Ecológicos: agua, aire, residuos, medioambiente profesional.
- Económicos: ingresos.
- Sociales: cohesión social, distribución por categorías sociales, relaciones familiares y sociales, modos de vida y de consumo.
- Culturales: valores dominantes, nivel de formación y de información.
- Sanitarios: sistema de salud.

El factor económico, en cuanto condiciona directamente la posibilidad de acceder a cuidados médicos, conserva evidentemente un rol prioritario: no se puede imaginar reducir las asimetrías del derecho al más alto nivel posible de salud sin agredir eficazmente las asimetrías del desarrollo y las consiguientes desigualdades en la distribución de la riqueza. Sin embargo, esto no

significa que sea suficiente ser más rico para ser automáticamente más sano. Basta pensar en los estudios de Amartya Sen sobre la variabilidad de la relación entre réditos y adquisiciones y, en particular, entre réditos y esperanza de vida. Hay países que pierden la relación con otros respecto del mismo parámetro, pero lo vinculan netamente con el segundo. Y esta diferencia se vuelve a encontrar algunas veces entre regiones del mismo país. El Estado indio de Kerala, por ejemplo, se posicionaba al inicio de los años noventa del siglo pasado decididamente más bajo que el de Hayana o del Punjab desde el punto de vista del rédito, pero los superaba tanto en el dato relacionado con la esperanza de vida como en la tasa de alfabetización, sugiriendo así la existencia de una correlación incluso entre estos dos indicadores de la calidad de vida(14). Análoga consideración se podría desarrollar para las otras determinantes sociales y culturales de la salud, además de, como es obvio, para los factores genéticos y ambientales que se encuentran en una directa relación de causa-efecto con las patologías que de siempre afligen a la humanidad y con aquellas que pueden en cambio ser contabilizadas como “costo” de la modernidad. Una vida más rica de relaciones y de experiencias significativas es parte integrante de la “calidad” que nos hace considerar la salud un bien precioso y viceversa, contribuye a defenderlo y a hacerlo crecer.

El derecho a una asistencia médica de calidad no puede ser reducido a una cuestión de protocolos terapéuticos. La superación del paradigma paternalista ha transformado radicalmente la medicina y el reconocimiento de la centralidad de la autonomía del paciente se ha traducido en el principio del consentimiento informado y en el esfuerzo de definir, sobre la base de este nuevo presupuesto, su relación con el médico, oscilando entre la figura éticamente frecuente de la alianza y aquella del contrato. Es en torno de la primera que parece recogerse un más amplio consenso, demostrando al punto el hecho de que la calidad es una dimensión tanto ética como técnica. Porque es en el plano ético y ético-político que se deciden los límites del “máximo posible” como límites de los derechos justiciables y, también allí, donde no lo vigilan códigos y tribunales, de la solidaridad que asumimos como un deber “casi” perfecto. Porque es la ética que se interroga –frecuentemente sin encontrar respuesta o más bien sin encontrar respuestas compartidas– sobre el riesgo que la técnica, que también restablece, prolonga y sostiene la salud del cuerpo, pueda terminar “colonizándolo”, en una mezcla que no es humanamente tolerable: no se ha

dicho que se pueda “querer” todo lo que se pueda, que se trate de formas extremas de prolongación artificial de una vida que ha agotado su potencial de libertad y de relación, más que de la oportunidad de potenciamiento (*enhancement*) de la capacidad del individuo y de la especie.

Es precisamente en las fronteras más avanzadas de la ciencia y en los pliegues de las asimetrías de la justicia que se encuentra entonces la necesidad del cuidado en su significado más antiguo, ligado al escritor latino Igino en una de sus fábulas. El Cuidado, mientras atraviesa un río, surge del fango gredoso y comienza a darle forma. Mientras todavía se pregunta qué hacer, llega Júpiter, al cual Cuidado le pregunta de infundirle alma a aquello que había hecho. Júpiter consiente, pero al punto pretende imponer su nombre a la figura extraída del fango. A la disputa se agrega también la

Tierra, que lanza análoga pretensión por haber dado a aquella una parte de su propio cuerpo. A juzgar son llamados Saturno, el dios del tiempo, Júpiter y después la Muerte. Tornarán respectivamente el espíritu y el cuerpo, pero es al Cuidado que viene confiada la vida de la nueva criatura, que se llamará *homos* (hombre), porque precisamente de *humus* ha sido hecho. Para Heidegger, la moral de la historia es que la *perfectio* del hombre no puede ser desconectada de la temporalidad que constituye a un tiempo la vulnerabilidad y la capacidad de convertir la angustia en proyecto⁽¹⁵⁾. Para una ética de la calidad de la vida que sea juntamente una ética de su dignidad, la moral de la historia es que aquella vulnerabilidad precede toda desigualdad y por esto crea un vínculo que le permite compartir con el Cuidado posible. Es esto, simplemente, el otro nombre de la humanidad.

Referencias

1. Frey R. *Interests and Rights. The Case against Animals*. Oxford: Clarendon Press; 1980: 12.
2. Kant I. Die Metaphysik der Sitten. In: *Kant's gesammelte Schriften*, vol. VI: 453 e 451.
3. Smith A. *The Theory of Moral Sentiments*. Oxford: Clarendon Press; 1976.
4. Stiglitz J. *Making Globalization Work*. London: Penguin-Allen Lane; 2006: 118.
5. Hope T, Fulford KWM, Yates A. *The Oxford Practice Skills Course. Ethics, Law, and Communication Skills in Health Care Education*. Oxford: Oxford University Press; 1996: 102-104.
6. Callahan D. *False Hope: Why America's Quest for Perfect Health is a Recipe for Failure*. New York: Simon & Schuster; 2000.
7. Rawls J. *The Law of Peoples*. Cambridge-Mass: Harvard University Press; 1999: 16.2.
8. Boorse C. On the Distinction Between Disease and Illness. *Philosophy and Public Affairs* 1975; 5: 49-68.
9. Dubos R. *Mirage de la santé*. Paris: Denoël; 1961.
10. Nordenfelt L. *On the Nature of Health*. Dordrecht: Reidel; 1987.
11. Parsons T. *The Social System*. London: Routledge & Kegan P; 1951.
12. Laín-Entralgo P. *Antropología médica para clínicos*. Barcelona: Salvat; 1984.
13. La Rosa E. *La fabricación de nuevas patologías. De la salud a la enfermedad*. Lima: Fondo de Cultura Económica; 2009: 19.
14. Sen A. *Inequality Reexamined*. Oxford: Oxford University Press; 1992: cap. X.
15. Heidegger M. *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag; 1927: § 42.

Recibido: 23 de junio de 2010

Aceptado: 19 de julio de 2010