

COMPLEJIDAD Y CONFLICTIVIDAD EN LA ETICA SANITARIA DE LOS AÑOS 90*

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 2, 1997/ 23-27

Fermin Roland Schramm**

La bioética de los años 90 se puede caracterizar como la complejidad y la globalización de la conflictividad moral de los años 70 y 80. A continuación, destacaremos dos razones principales de esta situación, sin con ello pretender ser exhaustivos, con el objeto de delinear el actual estado del arte sobre la ética sanitaria dentro de los límites de un artículo de revista.

I) La primera razón es externa, relativa a las condiciones sociales y políticas en donde se genera el debate moral actual. A partir de los años 90, la bioética ya no está en la fase de los pioneros (Reich, 1994) de los años 70, y tampoco en la consolidación disciplinaria de los años 80, construida al interior de una especie de "friendly field" interdisciplinario; pero entramos en la fase de los conflictos (Schramm, 1996). Por lo tanto, se pasó de un período en que, en el campo de la moral, era posible un relativo consenso gracias a la vigencia de valores absolutos o universales, como aquellos de la tradición católica o de la tradición de la "Aufklärung", hacia una fase de permanente disensión entre principios morales que son, de hecho, *prima facie*; es decir, ni absolutos ni universales, por el hecho de perder el poder de resolver cada uno de estos conflictos. Esta situación es conocida también como condición postmoderna (Lyotard, 1979). Y para ser más precisos, se puede decir que, a partir de los años 90, se agudizan los conflictos latentes entre los principios univer-

sales de la libertad y de la igualdad (que con la fraternidad formaron aquella que Edgar Morin llamó la santísima trinidad de la Revolución Francesa), tornándolos verdaderos motivos y objeto de controversias.

Esta que llamamos de segunda fase fue definida recientemente como la de la "moral strangers" (Engelhardt, 1996), caracterizada por la coexistencia de comunidades de intereses y valores en permanente conflicto entre sí, incapaces de encontrar en positivo un denominador común (como un principio absoluto o universal) susceptible de resolver sus divergencias. En la mejor de las hipótesis –argumenta Engelhardt– este conjunto de comunidades autónomas podría sólo encontrar en negativo acuerdos provisorios y circunstanciales como, por ejemplo, la renuncia *prima facie* a la fuerza para resolver los conflictos o, si no, el reconocimiento recíproco de la legitimidad moral de cada comunidad dentro del espacio estricto de su actuación (la imagen que viene a la mente, en este caso, es la situación de los principados de la Edad Media de Europa y sus luchas sangrientas).

Esta evaluación, entretanto, no es consensual, debido a que hay, además, quienes creen en la existencia de una especie de "common sense morality", en principio aun válida más allá de las fronteras restringidas a cada comunidad moral y en la que podríamos encontrar desacuerdos razonables y un relativo consenso por sobreposición

* (Traducido por Eneida Queiroz, Santiago-Chile, octubre 1997).

** PhD. Profesor de Filosofía de la Ciencia e Investigador Asociado en Bioética de la Escola Nacional de Saúde Pública. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro Brasil.

(“overlapping consensus”), con respeto a los intereses y valores en conflicto (Rawls, 1993).

Sea como sea, el mérito de las sugerencias, ya sea de Engelhardt o de Rawls, y a pesar de sus divergencias, consiste en detectar una de las contradicciones más radicales y perversas de la llamada globalización que, a la vez, unifica en principio el mundo por los mercados, la información y las tecnologías; también genera de hecho nuevas formas de discriminación y exclusión, con respecto a toda una serie de bienes de consumo pero, sobre todo, a las condiciones mínimas de una vida digna y saludable para la mayoría de la población mundial (en un trabajo anterior –Schramm, 1996b– explicamos por qué y cómo la miseria puede ser considerada como el principal problema, no sólo de salud pública como también de la bioética de los años 90 desde el punto de vista sanitario).

II) La segunda razón es interna y se refiere a la propia evolución de la moralidad en el espacio público debido a que, contrariamente a los dilemas morales de la bioética de los años 70 y 80, casi exclusivamente referidos a los derechos individuales de los sujetos morales, se asiste actualmente a una reterritorialización de la moralidad en el sentido de un claro perfil público, o ético-político. Entre los dilemas morales propiamente “públicos”, destacaremos aquellos que se refieren al campo de la salud, a saber:

- 1) la salud entendida como derecho al bienestar, que coloca el conflicto, moralmente relevante, entre la concepción de la salud para todos y la salud para una minoría, sea cualquiera la razón para privilegiar uno u otro grupo;
- 2) la salud entendida como resultante de la calidad del ambiente natural y del desarrollo sostenido, cuestión moralmente relevante porque se admite actualmente que existe una relación directa entre calidad ambiental y calidad en salud, siendo que el subdesarrollo contribuye a una mayor degradación ambiental que, a su vez, influye negativamente sobre la calidad de la salud;
- 3) la salud entendida como posibilidad de acceso a los medios financieros, tecnológicos, educacionales e informativos, capaces de prevenir, cuidar y curar las situaciones mórbidas y agudas, hecho moralmente relevante porque coloca la delicada cuestión de la justicia sanitaria en términos de equidad y en el contexto de los recursos efectivamente disponibles en cada situación concreta.

Desde el punto de vista de la ética sanitaria, el conflicto moral tal vez más agudo sea el tercero, o

sea, la difícil cuestión de la asignación de los recursos disponibles.

En este caso, el conflicto moral se genera entre:

3a) una concepción que pretende que la salud sea un “derecho” no sólo del individuo entendido como persona, titular de derechos y deberes, pero, en principio, de todos los ciudadanos, y que debe ser siempre protegido, y en su integridad, por el Estado; y

3b) aquella que niega, o relativiza, dicho “derecho” mediante argumento sobre la vigencia de la cultura de los límites (Callahan, 1987; 1994) y que surge, paradójicamente, en el mismo momento en que se afirma también una cultura que defiende la calidad de vida; que afirma la legitimidad de una medicina de los deseos; en resumen, que promueve la centralidad de una figura que podríamos llamar de “consumidor de calidades”.

Los argumentos a favor o en contra de la relativización del derecho integral a la salud son muchos y, por norma, casi todos respetables al ser considerado en su contexto cultural. Entre los argumentos a favor, se destacan los más importantes, como son:

- i) los recursos son limitados y necesitan por lo tanto ser optimizados;
- ii) las necesidades de asistencia sanitaria aumentan debido a la transición epidemiológica de nuestra época, marcada por el envejecimiento de la población; el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas; el surgimiento de nuevas enfermedades infectocontagiosas y la reincidencia de antiguas enfermedades, que hacen aumentar los costos sin que podamos mejorar comparativamente la situación sanitaria, razón por la cual las demandas sanitarias no pueden ser razonablemente satisfechas integralmente;
- iii) en las sociedades actuales existen también otras prioridades que necesitan ser satisfechas (como, por ejemplo, la educación), razón por la cual la salud, aunque importante, sería, en la mejor de las hipótesis, sólo uno de los derechos fundamentales a ser protegido, entre otros.

En este último argumento, la justicia no sería un deber absoluto sino que solamente “prima facie”, y ello a pesar de una larga tradición de la cultura moral occidental que remonta hasta Aristóteles, pasa por Tomás de Aquino y Kant, llegando a Rawls, y que considera la justicia como la virtud por excelencia para una buena conducción de la comunidad política, punto de convergencia entre la ética y la política.

En otros términos, la delicada cuestión de la asignación de los recursos materiales (financieros, tecnológicos, informativos) y humanos (asistencia por personal médico y paramédico) en el campo sanitario constituye, tal vez, la más polémica actualmente, por lo menos en el campo de la llamada bioética cotidiana (Berlinguer, 1989), con respecto prioritariamente a los derechos de la mayoría de la población mundial.

De hecho, el problema de los límites constituye un dilema en la actual cultura sanitaria pues implica tener que elegir entre imponer prioridades sanitarias “objetivas” a una determinada comunidad o “permitir a varias comunidades morales tener su sistema sanitario de asistencia específico, reglamentado por sus normas morales y tradiciones específicas” (Engelhardt, 1996:55).

En la evaluación de Callahan (Callahan, 1995), se trataría de un dilema porque:

- estaría históricamente probado que ningún país consiguió, hasta hoy, gastar todo lo que se necesita para mejorar la salud de su población;
- los cortes presupuestarios actuales de los gobiernos implicarían disminuir sustancialmente los recursos para la salud;
- los límites no serían, por regla, bien aceptados por la población ni por el imaginario médico acostumbrado a creer en un progreso sin límites de su arte y poder;
- la propia dinámica de la competencia entre investigadores en el campo de las tecnociencias biomédicas obligaría a priorizar determinadas investigaciones de punta en desmedro de otras, menos “nobles”, con el objeto de asegurar más prestigio y ventajas individuales en términos profesionales, y no “meros” beneficios colectivos en términos sanitarios.

Resumiendo, el conflicto moral nace del reconocimiento de que los recursos son finitos (hecho que choca contra la propaganda de la ideología de consumo), asociado a una vaga conciencia de que no existiría más el paradigma universal y consensual, capaz de indicar claramente, y con seguridad, cómo compartir los recursos de forma equitativa, como también respetar las varias concepciones de intereses y valores legítimos en conflicto.

Entretanto, se debe destacar que la asignación de los recursos es, muchas veces, reducida a su aspecto meramente económico que, aunque es importante, no resuelve la efectiva complejidad moral de los dilemas sanitarios, visto que éstos incluyen también otras dimensiones, como la dimensión política, si fuere verdad, como afirma C.

Castoriadis, que “con toda evidencia, la repartición y atribución de los recursos de una sociedad es, por excelencia, una cuestión política” (Programa Regional de Bioética, 1996:5). En otros términos, conforme una tradición que pertenece también al ethos de la cultura occidental, la política es inseparable de alguna forma de justicia, incluso de tipo distributivo o equitativo, sin el cual no puede existir de hecho una vida social mínimamente organizada, por lo menos a medio y largo plazo (como demuestran las dictaduras de todo el mundo a lo largo del siglo XX). A menos que se opte por vivir en sociedades en las cuales domine el individualismo cínico y la lógica de sálvese quien pueda (“lifeboat ethics”), lo que llevaría, en última instancia, la guerra de todos contra todos. En resumen, se trata de una cuestión de selección de civilización!

Siendo así, cuando se habla de la irresistibilidad de la reducción de gastos en el campo sanitario, se puede fácilmente demostrar que:

- A) históricamente, la cultura de los límites no es una característica específica de nuestro tiempo, debido a que los recursos siempre han sido finitos, incluso en el campo sanitario (Calman, 1994), y que fue una especie de “farra” de la ideología positivista del progreso que hizo olvidar este trazo estructural de la condición humana;
- B) la cultura de los límites se inscribe en el conflicto moral moderno entre los principios prima facie de autonomía y de justicia, como demuestran los eternos embates entre políticas públicas de tendencia liberal (y neoliberal) y políticas públicas de tendencia más social (o socialista).

Hechas estas consideraciones, se puede entender por qué definimos la bioética de los años 90 como complejo y conflictiva.

Pero existen otras razones, empezando por aquella de saber qué tipo de derecho sería el derecho a la salud. Veamos brevemente cómo sería posible encarar este aspecto. Para ello, se necesita hacer algunas distinciones.

En un primer abordaje pareciera que este derecho pertenece a los llamados derechos humanos de segunda generación, formulados en la mitad del siglo XIX y fruto de la concepción política basados en el contrato social, cuyo objetivo era “corregir la teoría liberal mediante la introducción de un principio de igualdad redistributiva” (Gracia, 1994:34). En otros términos, los derechos de segunda generación pretendían completar los derechos humanos de primera generación, o civiles,

formulados en el siglo XVIII (cuyo objetivo era asegurar las libertades personales) por los derechos sociales y económicos (a ser "equitativamente" compartidos entre ciudadanos). Con respecto a este punto un cartesiano "stricto sensu" (que me sea permitida esta metáfora) podría preguntar si el "derecho a la salud" pertenece al primer o al segundo tipo de derechos. Pero la cuestión así colocada no parece tener solución, pues dicho derecho es a la vez de primera y segunda generación. De hecho, si se aceptan las consideraciones que preceden, se trata de un derecho que pertenece a la persona (titular de los derechos de 1ª generación) pero también al ciudadano (titular de los derechos de 2ª generación). Aún más: en el siglo XV aparece una tercera generación de derechos, como los derechos a un medio ambiente saludable. Como ya hemos visto, la calidad del ambiente es un importante factor en la definición de la calidad en salud, razón por la cual se puede decir que el derecho a la salud es también un derecho de tercera generación (estas afirmaciones merecen ser profundizadas, lo que no es posible hacer aquí).

Como ya indicamos también, el impacto de la "cultura de los límites" (Callahan) sobre la salud pública y, por lo tanto, el problema moralmente relevante de la equidad en la distribución de los recursos efectivamente disponibles es de hecho una constante de las sociedades humanas, que sólo fue temporalmente olvidada debido a la confianza (¿fe?) irrestricta del siglo XIX en la capacidad infinita de progreso tecnocientífico en solucionar problemas prácticos relativos a las necesidades y carencias humanas. Gracias a las críticas malthusianas, y a las más recientes hechas por neomalthusianos y ecologistas, la confianza ilimitada en el progreso y en la capacidad humana en solucionar sus problemas fue colocada bajo sospecha. Sin entrar en los detalles de estas críticas (que no es el objetivo de este trabajo), se puede por lo menos aceptar que hoy se sabe que los recursos naturales y humanos actualmente disponibles no son infinitos ni ilimitados. Entretanto, se sabe también que ellos siempre fueron limitados (a pesar de una hipotética Edad de Oro o Edénica), ya sea debido a las limitaciones de la efectiva competencia técnica de las sociedades históricas en producirlos, o porque la cuestión de la escasez era encarada de una manera diferente a la nuestra debido a creencias religiosas (por ejemplo en términos de premio, castigo o providencia) es la propia autocomprensión del humano como seres carentes y mortales. Con todo, la Epoca Moderna, rompiendo con este tipo de cosmología, creyendo en la posi-

bilidad de alianza entre la antigua competencia técnica, práctica y la nueva competencia científica, esencialmente racional y predecible, trajo un nuevo enfoque de la cuestión de la escasez de los recursos y de las necesidades humanas, considerándolas en principio superables gracias a los avances de la tecnociencia. En otros términos, la Epoca Moderna se caracterizó por una creencia, casi infinita, en el progreso, que no es nada más que la capacidad humana (individual y colectiva) en solucionar sus problemas de necesidad, gracias sobre todo a los avances tecnocientíficos y, en el campo social, gracias a la cultura de los derechos, supuestamente capaces de transformar lo imaginario humano. Pero, con la aparición de la llamada conciencia postmoderna, esta confianza "positivista" y "progresista" en el progreso ha sido fuertemente puesta bajo sospecha, criticada como inconsistente. Las principales críticas a su respecto son de dos tipos.

La primera se refiere a la propia capacidad "operacional" de la ciencia en resolver nuestros problemas actuales de mayor preocupación: la contaminación ambiental y sus efectos sobre el bienestar de las poblaciones humanas, como también la disponibilidad de los recursos necesarios para todos y para todo tipo de necesidad. En resumen, hoy la cuestión de la escasez se tornó mucho más compleja debido a la falta de confianza en los poderes operacionales de la propia tecnociencia (cuestión que merecería también una aclaración posterior).

La segunda se refiere al aumento de la demanda de prestaciones y servicios. Ello se tornó dramático con la aparición, por ejemplo, de la llamada medicina de los deseos, a partir de la cual es aún más difícil establecer hasta dónde el derecho a la salud puede ser declarado como legítimo. Pareciera, por lo tanto, razonable y real pensar este derecho referido a alguna forma de atención primaria, subvencionada por el Estado, para los más necesitados y capaz de incluir aspectos curativos y preventivos, tales como saneamiento, vivienda, educación (Kottow, 1995). Entretanto, aunque esta política tenga, aun en grado menor, los problemas mencionados anteriormente, aun así no soluciona la cuestión de saber cómo distribuir los recursos entre las distintas prioridades consideradas como "primarias", sin olvidar que no existe un consenso universal sobre lo que debería ser considerado como efectivamente primario, para una determinada cultura, y "a fortiori" para las distintas culturas como un todo. El problema, por lo tanto, no parece ser de mera efectividad en las inversiones,

y sí qué tipo de contrato social una determinada sociedad decide establecer entre sus integrantes, y entre éstos y los “demás”. La prueba de ello es que los países que más invierten porcentualmente en salud (como los Estados Unidos) no son los que presentan los mejores índices epidemiológicos, pues una buena parte de lo que se invierte en salud no es invertido precisamente en salud pública, sino que en medicina privada, conforme intereses y deseos particulares.

Volvemos por lo tanto a la cuestión moral inicial de la equidad distributiva en un contexto de límites. Este concepto implica que el derecho a la salud personal (derecho de primera generación) es parte de un derecho más general de ciudadanos (derecho de segunda generación), que debe ser objeto de inversiones públicas, decididas no exclusivamente en términos económicos (como si la salud fuera una mercancía cualquiera), pero en base a una criteriosa evaluación cualitativa de la eficacia sobre las prestaciones provistas y sus costos (Vineis & Capri, 1994), tomando en cuenta también los valores morales, dominantes o no, en una sociedad determinada. Resumiendo, los costos son seguramente limitantes, pero no son los únicos pertinentes en la evaluación sobre las condiciones necesarias para la ciudadanía; o sea, cuando se habla de “costos” se deben tomar en cuenta también los modelos culturales de referencia basados en valores, principios, derechos y deberes, históricamente definidos en una sociedad determinada. Ello torna la situación sanitaria cada vez más cercada por conflictos, además de ser cada vez más compleja.

Concluyendo, ¿cómo encarar, entonces, de forma crítica, pero también con empatía, la cuestión de la justicia sanitaria? No pretendemos resolver esta cuestión, ni podríamos, pues no se sabe si existe la solución, por lo menos sí se acepta la condición de pluralidad de visiones de mundo legítimas en las democracias pluralistas, postuniversalistas y postmodernas actuales, apuntada por Engelhardt. Pero ello no impide que continuemos su búsqueda,

intentando encontrar el “overlapping consensus”. apuntado por Rawls. En resumen, la cuestión es controversial, y es por ello que hablamos de dilema moral.

BIBLIOGRAFIA

- Berlinguer, G. 1989. Bioética cotidiana y bioética de frontera. In: DI MEO, A. & Mancina, C. (la cura de). Bioética. Roma, Laterza, pp. 5-18;
- Callahan, D. 1987. Setting limits: Medical goals in an aging society. New York, Simon & Schuster;
- Callahan, D. 1994. Porre dei limiti: problemi etici e antropologici. L'Arco di Giano. Rivista di medical humanities, 4: 75-86;
- Callahan, D. 1995. What kind of life: the limits of medical progress. Washington, DC, Georgetown University Press;
- Calman, K.C. 1994. The ethics of allocation of scarce health care resources: a view from the centre. Journal of Medical Ethics, 20: 71-74;
- Engelhardt Jr., H. T. 1996. The Foundations of Bioethics. 2nd ed., New York, Oxford University Press;
- Gracia, D. 1994. I diritti in sanità nella prospettiva della bioetica, L'Arco di Giano. Rivista di medical humanities. 4: 29-44;
- Kottow, M. 1996. Esbozo multicultural del principalismo bioético. Cuadernos del Programa de Bioética, 2: 29-40;
- Lyotard, J.F. 1979. La condition postmoderne, Paris, Minuit;
- Programa Regional de Bioética, 1996. Cornelius Castoriadis en Chile, Bioética informa, 10: 5;
- Rawls, J. 1993. Political Liberalism, New York, Columbia University Press;
- Reich, W.T. 1994. The Word 'Bioethics': Its Birth and the Legacies of Those who Shaped Its Meaning, Kennedy Institute of Ethics Journal, 4(4): 319-335;
- Schramm, F.R. 1996a. Bioética en los años 90 (editorial), Cuadernos de Salud Pública, 12(2): 130-131;
- Schramm, F.R. 1996b. El tercer margen de la salud. Ética Natural, complejidad, crisis y responsabilidad en el saber-hacer sanitario, Brasilia, Ed. UnB;
- Vineis, P. & Capri, S. 1994. La salute non è una mercè. Efficacia della medicina e politiche sanitarie. Torino, Bollati-Boringhieri.