

# LA BIOÉTICA Y EL PROBLEMA DEL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA<sup>1</sup>

Osmir Antonio Globekner<sup>2</sup>

---

**RESUMEN:** Trataremos en este estudio de la contribución de la reflexión bioética al problema del acceso a la atención de la salud. Partiremos del reconocimiento de un ineludible panorama de escasez de recursos materiales y humanos, que resulta en inevitables elecciones en la distribución de recursos que deben ser asumidas por la sociedad y que han de estar informadas por criterios ético-jurídicos. Describiremos, a modo de ejemplo, a través del pensamiento bioético desarrollado por algunos autores de referencia, elegidos de forma aleatoria, de Estados Unidos, de Portugal, de España y de América Latina, como forma de ilustrar el tratamiento del tema tanto desde la tradición liberal, de asignación por el mercado, como desde la tradición social, de asignación por medio del gasto público. Buscaremos, finalmente, la aproximación a los abordajes con el objetivo de obtener un tratamiento uniforme del problema bajo el punto de vista bioético. Paralelamente, buscaremos identificar el tema del acceso a la salud a la pauta “bioética”.

**Palabras clave:** Bioética. Atención sanitaria. Distribución de recursos. Acceso a los servicios sanitarios. Igualdad en salud.

**ABSTRACT:** This study deals with the contribution of the bioethical reflection to the health care access problem. It starts from the recognition of the shortage of material and human resources that result in choices on allocation to be made by society, which should be guided by ethical and legal criterions. The study describe, for purposes of illustration, the bioethical thought developed by some referential authors from United States, Spain, Portugal, and Latin America, which were chosen at random, just with the aim to illustrate the approach of the matter either in the liberal tradition of trade allocation as well as in the social tradition of public expenses allocation. At last, the study search for some relations between these two approaches in order to find out a common treatment of the problem under a bioethical standpoint. The study is also directed to demonstrate that health care access issue is related to the bioethics.

**Key words:** Bioethics. Health care. Resource allocation. Health services Accessibility. Equity in health.

El tema de la salud raramente está presente en el debate bioético. Este da protagonismo tan solo a las situaciones extremas como los nacimientos ‘artificiales’, los trasplantes de órganos, las condiciones de supervivencia terminal, descuidando el hecho de que la salud y la enfermedad son para todos un campo universal de experiencia, de reflexión, e incluso de

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en el “XVII Congresso Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pos Graduação em Direito” (CONPEDI), realizado del 20 al 21 de noviembre de 2008, en Brasília/DF, con alteraciones, y publicado originariamente, en portugués, en Rev. direito sanit. 2010 mar-jun; 11(1): 123-45.

<sup>2</sup> Máster en Derecho Público (Faculdade de Direito da Universidade Federal da Bahia - FD/UFBA), Especialista en Derecho Sanitario (Faculdade de Saúde Pública da Universidade Estadual de São Paulo - FSP/USP), Bachiller en Derecho (Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC) e Ingeniero Químico (Faculdade de Engenharia Química da Universidade Estadual de Campinas - FEQ/Unicamp). (osmirag@uol.com.br)

elecciones morales. Con frecuencia a la salud se le niega el título de nobleza como objeto de la ética y, en el mejor de los casos, se le atribuye sólo el valor (que para algunos es considerado filosóficamente irrelevante e intelectualmente plebeyo) de “cuestión social”.<sup>3</sup>

Los problemas vinculados con la salud colectiva junto a los factores que la condicionan debieran estar en el centro de la reflexión bioética, para que esta disciplina de corta historia no se transforme en algo desvinculado de la realidad que envuelve a millones de hombres.<sup>4</sup>

## 1. INTRODUCCIÓN

Al buscar el ejercicio efectivo del derecho a la salud en el omnipresente panorama de la escasez de recursos, se producirán asignaciones y elecciones, puesto que ya la mera satisfacción de determinada necesidad implicará inevitablemente, ante los costes de oportunidad, que otras tantas dejen de ser atendidas.

Se hace primordial, ante esa situación, desde el punto de vista ético-jurídico, estudiar minuciosamente el lugar y la idoneidad de estas asignaciones, sean o no asumidas por la sociedad como decisiones de asignación, así como los factores que determinan aquellas o los criterios que orientan estas.

Con estas miras, el presente estudio tiene como objetivo desvelar algunos elementos que la aproximación bioética puede aportar al debate ético-jurídico sobre las elecciones o decisiones en el ámbito sanitario y, como consecuencia, identificar la pertinencia al tema de la discusión bioética del problema del acceso a la atención sanitaria.

De este modo, nuestra propuesta consiste en analizar algunos discursos originados en la reflexión bioética en Estados Unidos, a través del pensamiento de Tom L. Beauchamp y James F. Childress; en Portugal y en España, por medio del pensamiento de Maria do Céu Patrão Neves y Ángel Puyol González, respectivamente, y en América Latina por intermedio del pensamiento de Miguel Kottow, en Chile, y Fermin Roland Schramm y Volnei Garrafa, en Brasil. No intentamos aquí un análisis exhaustivo, sino un muestreo aleatorio, con fines ilustrativos, del pensamiento bioético

<sup>3</sup> “O tema da saúde raramente está presente no debate bioético. Este privilegia tão-somente as situações extremas como os nascimentos ‘artificiais’, os transplantes de órgãos, as condições de sobrevivência terminal, descuidando-se do fato de que a saúde e a doença são para todos um campo universal de experiência, de reflexão, e até de escolhas morais. À saúde frequentemente é negado o título de nobreza como objeto da ética e, na melhor das hipóteses, lhe é atribuído apenas o valor (que para alguns é considerado filosoficamente irrelevante e intelectualmente plebeu) de “questão social”. Berlinguer G. *Ética da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996. Traducción nuestra.

<sup>4</sup> Bergel SD. Bioética y el derecho de acceso a los medicamentos. *Rev direito sanit* 2006; 7(1-3): 117-62. p. 119.

desarrollado en estos países. Aunque aleatorio, se trata de muestreo significativo, dado el carácter de referencia de esos autores en el campo analizado.

El objetivo de este análisis es el de sugerir una relativización de dos dicotomías identificadas en el tratamiento del tema.

La primera es la que separa los fundamentos de los sistemas distributivos de tradición liberal, a través del mercado, de los fundamentos de los sistemas de tradición social, por medio del gasto público.

La segunda dicotomía es la que distingue lo que se ha dado en llamar de “bioética de las situaciones emergentes” de la “bioética de las situaciones persistentes”.

## **2. EL PROBLEMA DEL ACCESO EN ESTADOS UNIDOS (TOM L. BEAUCHAMP Y JAMES F. CHILDRESS Y RONALD DWORKIN)**

El problema del acceso a la atención de la salud, obviamente, no está ausente en la discusión bioética de inspiración clásica. Beauchamp y Childress<sup>5</sup> al tratar del Principio de Justicia en el capítulo 7 de “Principles of Biomedical Ethics”, abordan la cuestión del derecho a la atención de la salud frente a las políticas públicas de salud. La cuestión en el contexto norteamericano se traduce en términos de acceso al seguro de salud y de los bienes y servicios relacionados a la salud, que, por su naturaleza, han de ser compartidos por la sociedad:

La barrera económica primaria para el acceso a la atención sanitaria en muchos países – más claramente en los Estados Unidos es la deficiencia de la cobertura del seguro de enfermedad. Casi 50 millones de ciudadanos norteamericanos (un 18% aproximadamente de la población no anciana) carecen, en alguna medida, de cobertura del seguro para la salud. La cobertura inadecuada incluye de la ausencia de cobertura a la imposibilidad de cobertura, cobertura insuficiente o cobertura tan solo ocasional [...] En muchos otros países las barreras primarias a la salud y a la atención sanitaria son la pobreza y la limitación de los recursos gubernamentales. Los problemas de la justicia son distintos en las diferentes partes del mundo.<sup>6</sup>

A continuación, los autores, reconociendo que los problemas acerca de la justicia en el acceso a la salud son diferentes en las diversas partes del mundo, con

---

<sup>5</sup> Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press, 2009.

<sup>6</sup> “The primary economic barrier to health care access in many countries – most visibly the United States – is the lack of adequate insurance. Close to 50 million U.S. citizens (approximately 18% of the nonelderly population) lack health insurance of any kind. Inadequate insurance affects persons who are uninsured, uninsurable, underinsured, or only occasionally insured. [...] In many other countries the primary barriers to both health and health care are poverty and limited government resources. Problems of justice are very different in different parts of the world.” Ibid. Traducción nuestra.

causas y formas de tratamiento también distintas, señalan, en Estados Unidos, situaciones de injusticia que surgen de un financiamiento regresivo del seguro de salud, según el cual las familias de más baja renta pagan primas comparables o superiores a las de las familias de mayor renta por coberturas por veces muy inferiores.

El problema, en aquel país, es parcialmente atribuido a la importancia de la participación de las empresas empleadoras en la financiación, pues grandes empresas pueden proporcionar mejores coberturas y a coste más bajo que pequeños empresarios, en virtud de su mayor poder de negociación y también al disfrute de ventajas fiscales. Esa desigualdad en el acceso se agrava todavía más si se considera a los no protegidos por coberturas colectivas, para los cuales los precios de las primas se vuelven dramáticamente elevados, por no citar a las familias y a los individuos sin ninguna cobertura.

Beauchamp y Childress señalan que la consciencia de esa desigualdad en el acceso hizo emerger un consenso social en Estados Unidos en torno a la necesidad de que las políticas sanitarias nacionales tengan en cuenta la distribución y la racionamiento de bienes y servicios de salud compartidos por la sociedad y de que se puedan favorecer condiciones más igualitarias para que todos los ciudadanos sean capaces de asegurarse el acceso a la atención sanitaria, incluyendo también la adecuada cobertura del seguro. Los autores afirman, sin embargo, que ese consenso es poco relevante frente a la amplia discordancia existente en relación a la extensión de las soluciones propuestas, al papel del gobierno en esas soluciones y a la forma de financiarlas.

La consideración de un “derecho a la atención de la salud” aparece, pues, en este discurso, sólo de modo indirecto. En el contexto liberal, este no se constituirá en un derecho en sí mismo, de carácter universal e integrado en el conjunto de derechos sociales del ciudadano, con prestaciones a ser satisfechas, fundamentalmente, por el Estado, si no que será deducido en base al razonamiento derivado a dos líneas principales de argumentos<sup>7</sup>: 1) los relacionados con la protección social colectiva; 2) los relativos a la igualdad de oportunidades.

En la primera línea de argumentación, se considera que la salud concierne a la protección colectiva, pues afecta la sociedad al igual que el delito, la contaminación ambiental, las catástrofes naturales y otros riesgos colectivos, que ordinariamente merecen la protección social del Estado Liberal. Así, por esta vía argumentativa, se justificaría una asistencia pública a los cuidados críticos de salud. Simultáneamente, el

---

<sup>7</sup>

*Arguments supporting rights to health care.* Ibid, p. 258.

hecho de que la sociedad invierta acciones y recursos colectivos, por ejemplo, en programas públicos de salud (que en alguna medida son necesarios en cualquier sociedad) o en la formación de médicos y en la investigación médica, a través de fondos públicos, constituiría un fundamento para que se diese el retorno de esa inversión a la sociedad, también, mediante una atención sanitaria mínima de carácter público, donde emerge la cuestión de la equidad en el acceso a esta atención.

La segunda línea argumental invoca la regla de la oportunidad justa, que se presenta en el contexto liberal. La necesidad de justicia en las instituciones sociales debe hacer que se busque equilibrar los déficits de oportunidades causados por circunstancias imprevisibles fuera del control de los individuos, tales como accidentes y discapacidades generadas por las propias enfermedades y que justificarían el uso de recursos sociales para restablecer el equilibrio de oportunidades.

Los autores enumeran diferentes teorías de la justicia: la utilitarista, la libertarista, la comunitarista y la igualitarista. En referencia a ellas, la interpretación más estricta de igualdad en el acceso significaría que cada ciudadano tuviera igual acceso a cada bien o servicio de salud que estuviera disponible para cualquier otro ciudadano. Concluyen los autores, sin embargo, que tal objetivo sería utópico en el actual sistema económico y que un derecho más aceptable y apto a dar lugar a una conciliación, entre teorías más y menos alineadas con la idea de igualdad, sería el “derecho a un mínimo decente de atención sanitaria”<sup>8</sup>. En realidad, se podría identificar este concepto con el de “mínimo existencial”, defendido por algunos, en el ámbito del Estado de Bienestar Social, para justificar alguna limitación de las demandas sociales frente a también limitada capacidad de actuación del Estado.

Beauchamp y Childress consideran además la posibilidad de pérdida del derecho a la atención sanitaria como consecuencia de un comportamiento social inadecuado<sup>9</sup>. Abordan también la cuestión del “mínimo decente” desde el punto de vista de una política global de salud<sup>10</sup>, para tratar por último de cuestiones en torno al destino, al establecimiento de prioridades y al racionamiento sanitario<sup>11</sup>.

A pesar de que esta aproximación constituya una sensibilización en el contexto liberal al problema del acceso, mitigando el individualismo de esta concepción, se entiende que la autonomía del individuo en la provisión de sus propias necesidades por medio de la adecuada cobertura aseguradora se convierte en una solución inadecuada de

---

<sup>8</sup> *The right to a decent minimum of health care.* Ibid, p. 259-61.

<sup>9</sup> *Forfeiting the right to health care.* Ibid, p. 262-64.

<sup>10</sup> *Global health policy and the right to health.* Ibid, p. 264-67.

<sup>11</sup> *Allocating, setting priorities, and rationing.* Ibid, p. 267-81.

asignación en un contexto de acentuada desigualdad social, como suele ocurrir en términos globales o en términos de realidades específicas nacionales o regionales. Esto fuerza la necesidad de una asunción más efectiva del cuidado de la salud por parte de las colectividades y los Estados.

Destaquemos que esa desigualdad, históricamente asociada a los llamados “países subdesarrollados”, ha aflorado, de manera creciente, en parte en razón de la globalización, también internamente, en las denominadas “economías desarrolladas”. Se trata de un problema no ignorado por los autores del “Principles of Biomedical Ethics”, ya que se ha venido convirtiendo en una preocupación creciente en Estados Unidos, conforme es constatado por ellos.

No se puede entender, sin embargo, que haya diferencias de fondo, esenciales, en términos del análisis, desde el punto de vista ético, entre la privación de acceso por falta de cobertura de seguros (*insurance coverage*) y la privación de acceso por falta de políticas públicas adecuadas, conforme sugieren Beauchamp y Childress, en el fragmento transcrito al inicio de este tópico.

Es cierto que el problema de la desigualdad en el acceso podrá manifestarse con diferente intensidad y alcance, dentro de una misma comunidad, entre distintas regiones de un país y diversos países o regiones del globo. La desigualdad suele estar asociada, por un lado, a las barreras económico-sociales de acceso a las condiciones determinantes de la salud (saneamiento, educación, vivienda, etc.) y, por otro lado, a las barreras de acceso, de la misma naturaleza, a las acciones y servicios de salud (incluso a las campañas educativas, servicios ambulatorios u hospitalarios).

Es que, en ambos los casos, existe necesidad de asignación de recursos, aunque bajo mecanismos distributivos distintos. Nos referimos aquí al gasto público, en una vertiente, la publicista, que encuentra sus límites en los presupuestos públicos; y a la distribución de los encargos del seguro privado, en la otra vertiente, la privatista, que encuentra sus límites en el precio y en la propia robustez del mercado asegurador.

En cualquiera de estas vertientes, destinar recursos para la atención de la salud adquiere una importancia fundamental, frente a la escasez y a la necesidad de distribuir recursos, pues el financiamiento de esa atención, tomando en cuenta sus altos costes, depende siempre de la racionalidad aseguradora. Es decir, en una perspectiva solidaria, todos deben contribuir para, pero ya no todos pueden utilizar simultáneamente la atención sanitaria. Así, en cierta lógica y extensión, y sólo en esa limitada extensión, es irrelevante que la cotización se haga entre ciudadanos/contribuyentes o entre ciudadanos/consumidores.

La cuestión de fondo, según el presente estudio, sigue siendo única y se traduce en la racionalidad y en la justicia del reparto de los encargos sociales del “seguro de salud”, en amplio sentido, es decir, englobando tanto la seguridad social, de naturaleza legal y pública, como el seguro privado de salud, de naturaleza contractual y objeto de la actividad económica privada<sup>12</sup>.

En cuanto al pensamiento de Ronald Dworkin<sup>13</sup>, tuvo gran influencia en la discusión del tema una conferencia suministrada en 1993 en la Universidad McGill, en Canadá. En esa conferencia Dworkin se opone al entendimiento que denomina “modelo clásico o del aislamiento” de la justicia sanitaria, que él describe de la siguiente manera: 1) la salud sería el bien más importante del individuo; 2) el criterio de su distribución sería el del acceso por la necesidad, independientemente del coste; 3) eso implica para la sociedad la “regla del rescate”, según la cual no se tolera que alguien llegue a sufrir o morir cuando se puede aliviar el sufrimiento o postergar la muerte.

En oposición a tal “modelo del aislamiento”, la teoría de Dworkin afirma que: 1) hay otros bienes que compiten con la salud, como la educación, la seguridad, la prevención y la asistencia social; 2) el criterio de necesidad se hace complejo ante la interpretación de qué es, de hecho, una necesidad; y, por último, 3) el criterio del rescate se choca con muchas de las intuiciones sobre prioridades sanitarias (manutención de enfermos terminales, oportunidades o pronósticos de supervivencia, etc.).

Por eso, sería ingenuo, e incluso inmoral, en una situación irremediable de escasez de recursos, menospreciar los costes reales de las decisiones. Propone, en contrapartida, un modelo de justicia sanitaria derivado de su teoría de la igualdad de recursos.

Dworkin considera que si los individuos llegasen a adquirir todas las prestaciones incluidas en la atención en salud en el mercado, las adquirirían no de acuerdo a un criterio de necesidad, sino conforme a un criterio de prudencia. El mercado obliga a las personas a que se responsabilicen de sus elecciones. Si el acceso es igualitario (porque parte de condiciones iniciales igualitarias), entonces el resultado de lo elegido por las personas es moralmente justo.

---

<sup>12</sup> Para mayor claridad, es necesario decir, aunque nos parezca lógico, que no se defiende en este trabajo que se trate (la seguridad y el seguro de salud privado) de formas equivalentes, sino que similares, de distribución de encargos. Y que, por esa razón, a algunos efectos, pueden ser comparadas.

<sup>13</sup> Dworkin R. *Justice in the distribution of health care*. *McGill Law Journal* 1993; 38(4): 883-98.

El paquete que la media de las personas compraría debería determinar lo que los sistemas sanitarios públicos se encargarían de marcar como límites del derecho de atención de la salud.

Se presupone, en este modelo, que algunas prestaciones quedarían excluidas de la cobertura universal. Por ejemplo: la manutención de vida vegetativa, las intervenciones en situaciones de demencia, los costes elevados para garantizar pocas semanas de vida, las enfermedades de la vejez y tratamientos muy costosos o en relación a los cuales las personas no decidirían invertir espontáneamente su renta. Pese a ello, los tratamientos caros y poco efectivos podrían continuar disponibles, adicionalmente, en un mercado privado de salud.

El modelo propuesto de Dworkin está sujeto a innumerables críticas, en especial cuando se consideran las dificultades de orden práctico en su eventual aplicación. Una crítica contundente en ese sentido es la hecha por Ángel Puyol González, autor que será abordado más adelante.

Arrojada esta mirada sobre el contexto del Estado Liberal, deberemos pasar a al pensamiento sobre el problema de la asignación o distribución de recursos sanitarios en la forma como se presenta en países donde están en vigor sistemas públicos universalistas de atención sanitaria.

### **3. EL ACCESO EN PAÍSES DE ATENCIÓN SANITARIA PÚBLICA UNIVERSAL (MARIA DO CÉU PATRÃO NEVES Y ANGEL PUYOL GONZÁLEZ)**

En esta sección se analizarán los estudios sobre el problema del acceso a la salud de dos autores radicados en países desarrollados en los que, a diferencia de Estados Unidos, existen sistemas públicos universalistas de atención de la salud. Se trata de Portugal y España y del pensamiento de Maria do Céu Patrão Neves y Ángel Puyol González respectivamente.

Maria do Céu Patrão Neves<sup>14</sup>, filósofa y profesora de la Universidad de Azores, reconocía, ya en 1999, que la distribución de los recursos sanitarios se constituía en una de las más recientes y urgentes problemáticas para la bioética. En esa oportunidad

---

<sup>14</sup> Neves MCP. *Alocação de recursos em saúde: considerações éticas*. *Bioética – Revista do Conselho Federal de Medicina*, 1999; 7(2). Disponible en: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v7/alocarec.htm>. Consultado el 14 de julio de 2008.

abordó el tema desde el prisma de la justicia y de la responsabilidad moral, tratándolos desde las perspectivas de la fundamentación y de la efectividad del derecho a la salud.

Identifica la autora los principios de “dignidad humana” y de “participación”, con la exigencia de intensificación de la responsabilidad moral sobre el destino de los recursos sanitarios. Por otro lado, reconoce, desde la perspectiva del efectivo cumplimiento del derecho a la salud y de la promoción de la justicia social, la necesidad de considerar otros dos principios: el de la “equidad” y el de la “solidaridad”, de modo que, de la ponderación de esos cuatro principios, deberían partir los proyectos que se ocupan de las elecciones pertinentes a la distribución de recursos sanitarios.

Señala Neves que la consideración ética, por sí misma, puede fomentar la promoción de todas las acciones de atención sanitaria posibles, pero que un contexto de escasez implica la necesidad de “articular economía y ética”, subordinando así “los intereses monetarios al valor del hombre”.

En el campo de la responsabilidad moral, la autora alerta de que se debe ir más allá del concepto de responsabilidad ideado por W. Frankena<sup>15</sup>, estrictamente en términos de responsabilidad personal, como el deber del individuo de cuidar de sí mismo y, por lo tanto, de su propia salud, influenciando, en un sentido prospectivo, su estilo de vida e implicando, en un sentido retrospectivo, la imputabilidad de las acciones realizadas en disconformidad con tal deber. Neves rechaza este modelo por considerarlo reduccionista y propugna, basándose en Hans Jonas<sup>16</sup>, una responsabilidad con dimensión colectiva. La responsabilidad a tener en cuenta en el campo sanitario contemplaría tres niveles distintos:

[ ... ] debe responder por su salud en lo que ella depende de sí, considerando las instituciones que la financian - responsabilidad personal; entre los individuos en su existencia comunitaria, que deben reconocer que la salud no resulta de un proceso puramente individual y es, hoy, un proyecto social que exige el concurso de todos- responsabilidad social (cívica); en las relaciones del Estado con los individuos o con la comunidad (que no corresponden meramente a una inversión de la primera, en una relación recíproca), que debe asumir que este proyecto social sólo podrá ser implementado mediante un Sistema Nacional de Salud, en el cumplimiento de la misión de los gobernantes de proporcionar bienestar a los ciudadanos - responsabilidad política o gubernativa. (Subrayado nuestro).<sup>17</sup>

<sup>15</sup> Frankena WK apud Neves MCP. Ibid.

<sup>16</sup> Jonas H apud Neves MCP. Ibid.

<sup>17</sup> “[...] deve responder por sua saúde no que ela depende de si, considerando as instituições que a financiam – *responsabilidade pessoal*; entre os indivíduos na sua existência comunitária, que devem reconhecer que a saúde não resulta de um processo puramente individual e é, hoje, um projeto social que exige o concurso de todos – *responsabilidade social* (cívica); nas relações do Estado com os indivíduos ou com a comunidade (que não corresponde meramente à inversa da primeira, numa relação recíproca), que deve assumir que este projeto social só poderá ser implementado por meio de um Sistema Nacional de Saúde,

En ese contexto de responsabilidad, las elecciones siguen siendo inevitables, sin embargo, más que eso, pasan a ser deseables. Deseables, porque activan el principio de responsabilidad moral a todos los niveles. Sintetiza Neves:

[ ... ] diremos que la exigencia de la intensificación de la responsabilidad moral, como contribución a la asignación de los recursos sanitarios, se fundamenta en dos principios éticos - el de la "dignidad humana" y el de la "participación" - y se remite a tres aspectos principales (que responden directamente al carácter triple de la responsabilidad moral): a la adopción de comportamientos que promuevan la salud; a la concienciación de la finitud del hombre y de los límites inherentes a toda expresión humana; a la realización de elecciones ponderadas. *El principio de dignidad humana*, en la exigencia de igual respeto a todos los hombres, y el *principio de participación*, en la exigencia del esfuerzo de cada uno en pro de la comunidad, justifican la amplia acepción del derecho a la salud y obligan a la responsabilidad. (Subrayado nuestro)<sup>18</sup>

Las elecciones mencionadas, reconocidas como necesarias y deseables, sólo se justifican éticamente. Sin embargo, según la autora, en la perspectiva de promoción de la justicia social: la realización del bien común a través de la responsabilidad específica de cada uno. A pesar de compleja, la noción de justicia implica, de modo fundamental, *el principio de equidad*.

En el dominio específico a que nos dedicamos, el principio de equidad se remite además a una aplicación casuística de la justicia que, ratificando la igual dignidad de todos los hombres, establece igual accesibilidad a los cuidados de salud a través de su redistribución diferenciada: esto es, atribuyendo más a quien menos tiene y viceversa (vertical); y atribuyendo lo mismo a los que se encuentran en iguales condiciones (horizontal), en una acción antidiscriminatoria, reguladora de la desigualdad<sup>19</sup>

La promoción de la equidad en los términos anteriormente expuestos va a reclamar el concurso del principio de solidaridad, a su vez así descrito por Neves:

El *principio de la solidaridad* presenta una realidad social que se refiere a la interdependencia de todos los hombres, de modo que cada uno de nosotros es siempre deudor del otro en cada una de sus realizaciones; reconocido este hecho en el dominio específico de la salud [...], la solidaridad exige la

---

no cumprimento da missão dos governantes de proporcionar bem-estar aos cidadãos – *responsabilidade política ou governativa*” Neves MCP. Ibid. Traducción nuestra.

<sup>18</sup> “[...] diremos que a exigência da intensificação da responsabilidade moral, como contributo para a alocação dos recursos em saúde, fundamenta-se em dois princípios éticos – o da "*dignidade humana*" e o da "*participação*" – e se reporta a três aspectos principais (que respondem diretamente ao caráter triplo da responsabilidade moral): à adoção de comportamentos que promovam a saúde; à conscientização da finitude do homem e dos limites inerentes a toda a expressão humana; à realização de escolhas ponderadas. O *princípio da dignidade humana*, na exigência de igual respeito por todos os homens, e o *princípio da participação*, na exigência do esforço de cada um em prol da comunidade, justificam a ampla aceção do direito à saúde e obrigam à responsabilidade “Ibid. Traducción nuestra.

<sup>19</sup> “No domínio específico a que nos dedicamos, o *princípio da equidade* reporta-se ainda a uma aplicação casuística da justiça que, ratificando a igual dignidade de todos os homens, estabelece igual acessibilidade aos cuidados de saúde através de sua redistribuição diferenciada: isto é, atribuindo mais a quem tem menos e vice-versa (vertical); e atribuindo o mesmo aos que se encontram em iguais condições (horizontal), numa ação anti-discriminatória, reguladora da desigualdade. Ibid. Traducción nuestra.

división de los costes financieros sanitarios de todos, proporcionalmente al rendimiento de cada uno. (Subrayado nuestro)<sup>20</sup>

Se cierra así la articulación entre los cuatro principios mencionados por la autora: el *principio de dignidad humana*, el *principio de la división*, el *principio de equidad* y el *principio de solidaridad*.

Patrão Neves reconoce que esas ponderaciones se encontrarían en el nivel de una metaética y de una macrodistribución de recursos, siendo necesario, para fines de aplicación, derivar directrices dirigidas a orientar las elecciones y proporcionar criterios para la distribución de recursos. Eso estaría en el nivel de una mesodistribución, mencionando como criterios más presentes actualmente los de *necesidad* y los de *igualdad*, que asumirían, inclusive, pesos distintos dependiendo de las características de la sociedad que los utiliza. Según la autora, sobresalen la igualdad en Estados Unidos y la necesidad en Europa.

Consideremos además que no existe la pretensión, ni se desea, de que todos los problemas a nivel de microdistribución acaben siendo resueltos, satisfactoriamente, por la aplicación mecánica o acrítica de los modelos diseñados, debiendo estos tener su idoneidad comprobada y cuestionada en cada caso concreto.

En España, donde también está en vigor un sistema de atención pública universal a la salud, el tema de la escasez fue tratado por Ángel Puyol González<sup>21</sup>, profesor e investigador en filosofía moral de la Universidad Autònómica de Barcelona.

Este autor, reconociendo la necesidad de racionamiento sanitario frente a la escasez de recursos, se preocupa de los criterios que informarían una escala de priorización de la atención requerida, orientándose por lo tanto, hacia una ética práctica y finalista. En esa búsqueda de criterios, hace el análisis de los argumentos hilvanados por la teoría utilitarista y formulados por Ronald Dworkin en la forma aquí ya descrita, proponiéndose su crítica.

González empieza ponderando que la idea central del utilitarismo es que el bien social equivale a la optimización de la suma del bienestar de los individuos, lo que, en el campo sanitario, equivaldría a maximizar la suma de los estados de salud de los

<sup>20</sup> “O *princípio da solidariedade* destaca uma realidade social que se refere à interdependência de todos os homens, de forma que cada um de nós é sempre devedor do outro em cada uma das suas realizações; reconhecido este fato no domínio específico da saúde [...], a solidariedade exige a partilha dos custos financeiros com a saúde de todos, proporcional ao rendimento de cada um. Ibid. Traducción nuestra.

<sup>21</sup> González AP. Ética, derechos y racionamiento sanitario. *Doxa* 1999; (22): 580-605.

Disponible en:

[http://descargas.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/12826207572393734198846/cuadern o22/Doxa22\\_25.pdf](http://descargas.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/12826207572393734198846/cuadern o22/Doxa22_25.pdf). Consultado el 26 de mayo de 2007.

individuos. Así, el sistema sanitario justo sería aquel que consigue aumentar al máximo la suma de la salud de todos los ciudadanos.

Según este razonamiento, sin embargo, habría que cuantificar el estado de salud, basándose por eso en un concepto de salud, lo que ya constituiría un problema práctico inicial no despreciable. En un primer aspecto, el problema sería salvar vidas (con cuestiones morales como la de admitir que algunas vidas serán sacrificadas a favor de otras) y, después, obtener la mejor calidad de vida (con el problema de cómo medirla). Se admite, además, que ciertas personas cambiarían algunos años de vida por una mejor calidad de vida, es decir, añadirían vida a sus años en vez de años a su vida, y viceversa.

Un índice utilizado para medir calidad de vida es el, o *Años De Vida Ajustados por la Calidad (AVAC)*<sup>22</sup>(*Quality Adjusted Life Year (QALY)*). El criterio de optimización sería el de la maximización del índice agregado, frente al del coste implicado, permitiéndose que se elija, de entre las intervenciones sanitarias posibles, las que serán más coste-efectivas en términos de calidad de vida.

La crítica preliminar hecha por Ángel Puyol González es la de que criterios de ese tipo siempre suponen una igualdad meramente formal, ateniéndose al estado de salud, pues no se tienen en cuenta aspectos que intervienen, como la capacidad económica, la condición social, la etnia, el sexo y la edad. Las teorías utilitaristas basadas en estos criterios, en realidad, no son igualitarias y resultarían en la discriminación de los pacientes más graves, de más edad, más pobres o menos capacitados, pues, en relación a estos, los beneficios no serían comparables a los obtenidos en referencia al individuo en situación diferente a estas.

La teoría liberal-igualitaria intentará priorizar, es cierto, la libertad del ciudadano y, por lo tanto, la capacidad económica individual, que, por un lado, dará la capacidad de acceso a la salud y, por otro lado, destinará de forma difusa los recursos sanitarios en la sociedad. Lo que pretende la teoría de Dworkin es fundamentar un principio ético para el racionamiento de los recursos sanitarios en el contexto liberal, de manera que la provisión de la atención por parte del Estado se haga sin contrariedad al principio de la libertad individual, sino que con su preservación.

---

<sup>22</sup> El AVAC (QALY) es el producto aritmético de la expectativa de vida y la medida de la calidad de vida en los años que restan. El AVAC proporciona un índice para evaluar los beneficios procedentes de una variedad de intervenciones en términos de calidad de vida y supervivencia del paciente (Información disponible en: [http://economiasaude.com.br/new/aaz.php?letra\\_Q](http://economiasaude.com.br/new/aaz.php?letra_Q). Consultado el 28 de junio de 2008.)

González critica tal propuesta por considerar que llevó muy lejos la idea de responsabilidad individual. Una crítica inicial y general en este sentido es en cuanto a la dificultad de separar claramente las *preferencias* individuales de las *circunstancias* del entorno del individuo. El fundamento de esa teoría de justicia es criticable además en su punto de partida, que es la igualdad de recursos, porque, inmediatamente, surgiría una desigualdad en la justificación del favorecimiento de los más ambiciosos y, por tanto, de los más sacrificados, que por ese sacrificio deberían recibir mayor premio.

En el campo de la justicia sanitaria, el rechazo de Dworkin al principio de necesidad, entre otras razones, se debe a que esa idea de necesidad estaría relacionada con convicciones éticas diferentes y no comparables entre sí. González, así mismo, contrapone que, si la falta de respeto a la neutralidad estatal sobre las convicciones éticas de sus ciudadanos puede conducir al autoritarismo, la ausencia de un criterio ético que universalice mínimos respecto a lo que se debe entender por necesidad médica puede llevarnos al más indiferente de los relativismos.

Hechas esas consideraciones de carácter general, González pasa a las objeciones particulares al principio de prudencia defendido por Dworkin. Una de las consecuencias prácticas de la aplicación de este principio es la de que el sistema público de salud debería excluir de sus prestaciones todas aquellas que un ciudadano medio no compraría. Por otro lado, los gastos de salud pública deberían ser cubiertos por el conjunto de la población, lo que acaba por discriminar a los que se sacrificaran más, buscando una mayor cobertura, y así financiarían la necesidad de atención sanitaria a quienes, por elección personal, se sacrificaran menos. El principio de prudencia acabaría perjudicando a quienes tengan legítima ventaja, según los cánones de la igualdad de recursos.

El principio de la prudencia consideraría imprudente costear con dinero público el tratamiento de numerosas enfermedades minoritarias y que, actualmente, implican altos costes, debido, entre otras razones, a la escasa inversión en investigación. Son enfermedades cuyo estudio y atención es rechazado por la iniciativa privada, por no resultar lucrativos. Si tal situación es explicable o justificable desde una racionalidad inmediata y exclusivamente económica, no resultaría lo mismo bajo la perspectiva de una racionalidad ética y de largo plazo.

Añadamos aquí que tal razonamiento no excluiría también algunas enfermedades de mayorías, como es el caso de la malaria. El ciudadano-medio del mundo occidental no tiene problemas graves con la malaria. La industria farmacológica dejó a un lado la investigación en este campo, porque los compradores potenciales de

las vacunas y de los medicamentos son tan pobres que no resultaría una inversión económicamente rentable. La necesidad, éticamente sustentada, de una intervención pública o estatal que reequilibre los intereses en juego, implica forzosamente una relativización de los principios que el modelo de Dworkin pretende preservar.

Si las enfermedades minoritarias o no rentables están ya claramente marginadas por la iniciativa privada, la negativa pública de sufragarlas con el criterio de que el ciudadano medio<sup>23</sup> marginaría todavía a más los enfermos afectados y a sus familias, lo que no parece ético, y tampoco justo, desde la perspectiva de la igualdad de oportunidades.

González además considera el caso, en el modelo dworkiano, del ciudadano medio, el cual no se aseguraría contra las enfermedades de la vejez que fuesen muy caras y poco efectivas, esperando que las políticas públicas también reflejasen su razonamiento. El hecho, en sí, sería susceptible de atentar contra los principios morales y constitucionales que consideran iguales los derechos básicos de todas las personas, independientemente de su edad. Pero, además de esto, puede parecer plausible que un individuo valore menos su mala salud cuando es joven que cuando es anciano, pero no parece tan claro que tenga la misma intuición moral sobre el estado de salud, por ejemplo, de sus padres.

Apunta también González la posibilidad de que el moribundo llegue a aceptar ese argumento por fidelidad a sus hipotéticos compromisos de juventud con el principio de prudencia y con una especie de principio natural que consiste en dar preferencia a los más jóvenes. Sin embargo, no estará tan claro que estos estén dispuestos a dejar morir a sus familiares amparándose en el mismo argumento.

Un último argumento que comprometería el principio de prudencia, en los paradigmas del modelo criticado, sería la necesidad de reconocer como legítima la pretensión del ciudadano que, por convicción ética, considerase desproporcionado el coste de la atención sanitaria en relación a los beneficios que se le ofrecen y que acabase rechazando tal atención, en la condición de acreditarse de los valores monetarios correspondientes.

En síntesis, lo que Ángel Puyol González afirma es que, aunque el derecho a la atención de la salud deba ser revisado o reinterpretado a la luz de la necesidad de

---

<sup>23</sup> Esto tanto en relación a la inversión en tratamientos actualmente disponibles, muy caros y poco efectivos, desde una consideración estrictamente económica, como también en relación a la inversión en investigación científica, apta para, hacer tales tratamientos más baratos, atractivos o soportables desde esa misma perspectiva de rentabilidad puramente económica.

priorizar, los criterios utilitaristas y liberales analizados presentan varios inconvenientes éticos. Rechaza la interpretación exclusivamente utilitarista de que la atención sanitaria, en cuanto al derecho a la salud es, también, un derecho individual y que la salud es moralmente importante porque afecta a individuos, y no solamente a la colectividad. El utilitarismo generaría discriminaciones que alejarían al Derecho de sus pretensiones de equidad.

La propuesta de Dworkin se equivoca, según el autor, específicamente, en su intento de condicionar la equidad a la responsabilidad individual. En términos de necesidad sanitaria, es difícil que alguien se encuentre con disposición de calcular el valor exacto que se concede a la salud antes de perderla y, en consecuencia, lo que se está dispuesto a sacrificar para recuperarla. Se reconoce, sin embargo, que la discusión sobre la validez de los principios que deben regular el racionamiento sanitario no ha hecho, hasta el presente momento, más que empezar.

Consideramos importante exponer aquí la crítica de González a la teoría utilitarista y liberal, pues en esta se ponen al desnudo algunas falacias presentes en la raíz de argumentos recurrentes en la discusión sobre el destino de recursos escasos. Por ejemplo, la falacia presente en la idea de que los recursos ahorrados en determinada prestación sanitaria, a favor de las cual la reserva se pone en marcha, estarían “mejor” empleados en otras. El argumento podría estar, en ese caso, sólo enmascarando una asignación hecha según criterios con tenor semejante a los aquí expuestos, buscando dar prioridad al hipotético ciudadano medio, y en el fondo, carente de una suficiente reflexión racional y ética.

La crítica hecha es importante, también, por confrontar visiones liberales y “welfaristas” en el contexto de los países desarrollados, en los que se presupone una reducción de los factores de desigualdad de los ciudadanos, autorizando el prevalencia del principio de autonomía frente al de justicia.

Diferente será el panorama en el contexto de los países no desarrollados, en los que persisten desigualdades más severas y graves entre los ciudadanos, determinando un enfoque que privilegie el principio de justicia frente al de autonomía.

#### **4. AMÉRICA LATINA, LA POLITIZACIÓN DE LA BIOÉTICA, LA BIOÉTICA DE LA PROTECCIÓN Y LA BIOÉTICA DE LA INTERVENCIÓN (MIGUEL KOTTOW, FERMIN ROLAND SCHRAMM y VOLNEI GARRAFA)**

En América Latina uno de los enfoques que pasa a ser adoptado para contemplar el problema del acceso a la salud en la reflexión bioética es el que propugna la aproximación entre la bioética y la política, en el esfuerzo de asociar a los problemas académicamente propuestos por la bioética, el problema social sanitario en su estrecha relación con las condiciones socioeconómicas de las poblaciones implicadas, la pobreza, la desigualdad y exclusión social.

Existen las propuestas de la *bioética de la intervención*, formuladas sobre todo por Volnei Garrafa, profesor de la Cátedra Unesco de Bioética de la UnB, y de la *bioética de la protección*, formulada en especial por Miguel Kottow, profesor de la Universidad de Chile y por Fermin Roland Schramm, profesor de la Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), en Rio de Janeiro.

Antes, no obstante, debemos prestar atención a una discordancia existente entre estos autores en cuanto a las relaciones necesarias entre política y bioética, discordancia que determina la formación de estas dos propuestas distintas, pero interrelacionadas.

Kottow<sup>24</sup> se opone a una aproximación entre bioética y política. Defiende el autor que ambas funcionan en ámbitos distintos; el ideario del poder es ajeno al de la bioética – poseen métodos diferentes. Por tanto, la bioética no podrá adoptar el lenguaje del poder y no se puede concebir una convergencia en el campo de la deliberación entre bioética y política. Es así porque la primera se ocupa de la “bios”, existencia, y la segunda de la “zoe”, la vida desnuda, es decir, la vida animal, despojada de humanidad. El papel de la bioética es precisamente el de proteger la “bios”, para que no sea tratada como mera “zoe”.

Kottow define la política como “[...] la administración, legítima, por lo general – del poder civil con fines de gobernabilidad”<sup>25</sup> y remite a la enseñanza de Max Weber<sup>26</sup> y de Hannah Arendt<sup>27</sup>, que asocian el ejercicio del poder al de la violencia, legítima o no, implicando, sin embargo, siempre una desigualdad ontológica entre el detentador del poder y aquellos que a él se someten<sup>28</sup>. La política, desde este punto de vista, posee escasa sensibilidad a la elaboración ética. La bioética, por el contrario, según con el autor, hace gravitar su pensamiento en torno a la equidad y la comunicación. Eso significa decir que política y bioética no son mezclables.

---

<sup>24</sup> Kottow M. Bioética y biopolítica. *Revista da Sociedade Brasileira de Bioética* 2005; 1(2) 110-21.

<sup>25</sup> Ibid. p. 112

<sup>26</sup> Weber M apud Kottow M. Ibid. p. 112.

<sup>27</sup> Arendt H apud Kottow M. Ibid. p. 112.

<sup>28</sup> Ibid. p. 111

Kottow no exime ni siquiera a la biopolítica, expresión forjada por Michel de Foucault para designar la penetración, en el campo de las transformaciones políticas, de la “vida y sus mecanismos”. Para él, la biopolítica acaba por no pasar de un extremo de la violencia política al resumir la existencia humana a la vida biológica, polarizando y reduciendo los temas de la bioética en dicotomías vida/libertad. En esa reducción se abstraen factores culturales e históricos que diferencian los integrantes de un grupo y los grupos entre sí, en un “[...] discurso monocorde que arriesga convertirse en intolerante y, eventualmente, totalitario<sup>29</sup>”. Sobre la contraposición bioética y biopolítica, expone:

El discurso legal, no menos que el ético, queda marginado de participar en decisiones, silenciado en la crítica y desactivado en la práctica. Por lo tanto, la tendencia de la biopolítica a reducir a los pueblos y a los individuos a mera pervivencia se sitúa en un nivel pre moral, al que la bioética no tiene acceso porque su lenguaje se vuelve absurdo en situaciones límite: ¿cómo puede un principio bioético encontrar aplicación frente a la realidad de un campo de concentración o, en escenarios contemporáneos, tener vigencia cuando combatientes capturados no son considerados prisioneros de guerra y por ende en el reciben el trato humanitario que internacionalmente se ha acordado?<sup>30</sup>

Rechazando la adopción de discurso o de propuestas políticas en el ámbito bioético, afirma, sin embargo, enfáticamente, la necesidad de una bioética creativa cuya misión es reconocer la necesidad de un debate profundo sobre el impacto de las elecciones bioéticas en la vida diaria, refutando la aparente simplificación del discurso biopolítico.

Tanto mayor ha de ser el esfuerzo de la bioética por detectar intrusiones morales en nuestras sociedades, que dicotomizan artificialmente los problemas en vida versus libertad, donde la biopolítica en ocasiones dará preferencia a la vida sin importar su calidad, en otras a la libertad sin preocuparse para qué.<sup>31</sup>

Volnei Garrafa<sup>32</sup>, a su vez, propone precisamente que la politización de la bioética es inevitable si el objetivo es obtener una ética consistente dirigida a la garantía de la dignidad de la persona humana. La politización es necesaria a fin de permitir la construcción de la justicia social. Considera que la inclusión social tiene que partir de conceptos como el apoderamiento (“*empowerment*”), liberación y emancipación, que constituyen posibles herramientas epistemológicas de lo que denomina la bioética de la intervención, pues, concebida para intervenir en el campo social.

Además, según Garrafa, la resistencia ofrecida a la propuesta de politización de la bioética en los medios académicos va, por un lado, del preciosismo que restringe el objetivo epistemológico de la disciplina, y está asociada a los prejuicios de la

---

<sup>29</sup> Ibid. p. 114

<sup>30</sup> Ibid, p. 116.

<sup>31</sup> Ibid, p. 119.

<sup>32</sup> Garrafa V. *Inclusão social no contexto político da bioética. Revista Brasileira de Bioética* 2005; 1(2): 122-32.

disociación entre razón y acción. Por otro lado, proviene de un conservadurismo que impide al investigador de reconocer que no toda la gama de conflictos éticos relacionados con la vida y la salud puede ser circunscrita al ámbito biomédico.

Hecho el aviso en cuanto a estos distintos posicionamientos, es interesante identificar las líneas en que normalmente se defiende la inclusión en la aproximación bioética de los elementos tocantes a las cuestiones sociales.

Kottow e Schramm<sup>33</sup> proponen la bioética de la protección como un espacio destinado a proveer la protección de los individuos marginados en un sentido amplio y, por lo tanto, susceptibles o debilitados hasta el punto de estar imposibilitados de defender valores o proteger intereses, cuando se vea que están amenazados en su “vida desnuda”, o en la imposibilidad del ejercicio de todo derecho o de “participación ciudadana.”

Garrafa pone la bioética de la intervención en los siguientes términos:

Para la Bioética de Intervención, la inclusión social es la acción cotidiana de personas concretas y necesita ser entendida en su dimensión política, como un proceso en el cual los sujetos sociales articulan su acción. En la medida en que la acción cotidiana encamina las elecciones no sólo en función de una inclinación personal, sino considerando la dimensión del todo – la necesidad de garantizar la existencia de las personas y de todas las formas de vida - se hace inclusiva, tendiendo, como consecuencia, a una mayor simetría.<sup>34</sup>

Cruz e Trindade<sup>35</sup> aclaran la construcción de la propuesta de una bioética de intervención fundada en la imposibilidad de elegir con autonomía en un contexto en el cual no haya posibilidades de decisiones libres.

De esa forma, habría que trabajar con los tres conceptos de justicia social mencionados por Garrafa y aquí ya referidos. *Liberación*, en base al pensamiento de Paulo Freire, referente a la eliminación de las fuerzas opresoras que impiden el ejercicio de la autonomía, cercenada por la coacción. *Apoderamiento “empowerment”*, fundamentado en el pensamiento de Amartya Sen, ligado al hecho de que las elecciones autónomas no pueden ser influidas por la falta de opciones y apuntando precisamente la atribución de los medios adecuados a las personas vulnerabilizadas para facilitar el legítimo poder de decisión. Y, finalmente, *emancipación*, correspondiente a la

<sup>33</sup> Kottow M; Schramm FR. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad. saúde pública*. 2001 jul-ago; 17(4): 949-56.

<sup>34</sup> “Para a Bioética de Intervenção, a inclusão social é a ação cotidiana de pessoas concretas e precisa ser tomada na dimensão política, como um processo no qual os sujeitos sociais articulam sua ação. Na medida em que a ação cotidiana direciona as escolhas não apenas em função de uma inclinação pessoal, mas considerando a dimensão do todo – a necessidade de garantir a existência das pessoas e de todas as formas de vida – ela se torna inclusiva, tendendo, como decorrência, à maior simetria” Ibid, p. 129. Traducción nuestra.

<sup>35</sup> Cruz MR, Trindade ES. *Bioética de intervenção: uma proposta epistemológica e uma necessidade para sociedades e grupos sociais vulneráveis*. Revista Brasileira de Bioética 2006; 2(4):483-500.

superación de la dependencia, lo que posibilita una elección independiente. Así, la inclusión social es un factor de peso en una bioética de intervención por traer a la discusión bioética la dimensión política.

Resulta claro que la bioética de la protección y la de la intervención, en diferentes intensidades, proponen una mitigación del principio de autonomía más allá de las hipótesis clásicas y restrictivas de vulnerabilidad<sup>36</sup>. Entendido esto en el sentido de reconocer una esfera en la cual la protección de los individuos estaría fundada, precisamente, en situaciones de déficit de autonomía, generadas por vulnerabilidades adicionales, de naturaleza social, económica o biológica, impeditivas de su pleno ejercicio. En palabras de Garrafa:

La bioética de la protección fue pensada para proteger a aquellos que, debido a sus condiciones de vida y/o salud, son vulnerables o debilitados al punto de no poder realizar sus potencialidades y proyectos de vida moralmente legítimos, pues las políticas públicas de salud no los garantizan. En ese sentido, la bioética de la protección es una ética aplicada mínima o “de primer nivel” (como dice ATLAN), algo así como una condición necesaria para que se pueda decir que estamos en el campo de la ética y para que los vulnerables o debilitados tengan alguna posibilidad de vivir dignamente y realizar sus proyectos de vida razonables, compatibles con los demás.<sup>37</sup>

Kottow y Schramm indican la necesidad de una ética específica para el tratamiento de los temas de salud pública. Aquí estamos en el campo de las políticas públicas, en el que se trabaja con riesgos y complicaciones de gran magnitud, de difícil medida y cuantificación. No estamos trabajando con situaciones individuales y puntuales, sino con grandes contingentes, lo que hace extremadamente difícil realizar predicciones que posibiliten orientar moralmente, por vía principalista, los comportamientos éticamente apropiados. De ahí la necesidad de una ética específica para la salud pública<sup>38</sup>.

---

<sup>36</sup> Las excepciones al principio de autonomía en Beauchamp y Childress, por ejemplo, quedan restringidas a las hipótesis de inmadurez o incapacidad (“Young children, the severely retarded and senile patients”), por no haber intervención apta para capacitar individuos en esa situación para tomar decisiones autónomas. El concepto de vulnerabilidad es restrictivo con el fin de evitar el paternalismo. Beauchamp TL, Childress JF, op. cit., p. 75.

<sup>37</sup> “A bioética da proteção foi pensada para proteger aqueles que, devido às suas condições de vida e/ou saúde, são vulneráveis ou fragilizados a ponto de não poder realizar suas potencialidades e projetos de vida moralmente legítimos, pois as políticas públicas de saúde não os garantem. Nesse sentido, a bioética da proteção é uma ética aplicada mínima ou “de primeiro nível” (como diz ATLAN), algo como uma condição necessária para que se possa dizer que estamos no campo da ética e para que os vulneráveis ou fragilizados tenham alguma possibilidade de viver dignamente e realizar seus projetos de vida razoáveis, compartilháveis com os demais.” Ibid, p. 147. Traducción nuestra.

<sup>38</sup> El tema es tratado magistralmente por Giovanni Berlinguer Berlinguer G. *Ética da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

Los autores analizan y critican las posibilidades de éxito de dos principios propuestos al análisis ético de la salud pública: el de solidaridad y el de responsabilidad. En relación al primero, así se pronuncian:

El principio de solidaridad se expone a innumerables críticas, sobre todo allí donde se le utiliza para legitimar políticas de asignación de recursos, que son reconocidamente finitos y escasos en cualquier sistema sanitario. El principio de solidaridad aplicado a las políticas públicas es insuficiente para resolver los complejos problemas de salud por estar obligado a ser solidario con los otros en situaciones de profunda diversidad de necesidades y aunque existan discrepancias profundas de valores que quedan opacas y negadas a la argumentación.<sup>39</sup>

Con respecto al principio de responsabilidad, Kottow y Schramm analizan la aplicabilidad al tema de una ética de la responsabilidad usando los modelos de la responsabilidad óntica de Hans Jonas y diacónica de Emmanuel Lévinas<sup>40</sup>. El entendimiento, sin embargo, es también por su insuficiencia para tratar de los problemas éticos asociados a la salud pública:

Estos tipos de responsabilidad indican que un agente moral debe ser responsable por las consecuencias de sus actos ante la sociedad y de acuerdo con normas validadas por una instancia evaluadora. En la práctica, no obstante, ello es difícil de realizar debido a las incertidumbres que afectan los cálculos probabilísticos utilizados en salud pública, como muestran prácticamente todos los estudios epidemiológicos [...].<sup>41</sup>

Proponen entonces los autores una ética de la protección considerando que la especificidad de la reflexión bioética en salud pública está en que tanto los agentes como los destinatarios de esta no son individuos sino instituciones o colectividades. Lo que se busca es un principio capaz de promover el equilibrio entre los intereses y los puntos de vista individuales y colectivos en torno al acceso a la salud. Kottow y Schramm entienden los principios de solidaridad y de responsabilidad en dos dimensiones, óntica y diacónica, para ese fin y proponen, como principio rector de esa bioética preocupada de la realización del acceso en bases igualitarias, el principio de protección. Se trata de un principio dirigido por los fines y resultados en la actuación de los agentes morales en salud pública.

<sup>39</sup> “O princípio da solidariedade se expõe a inúmeráveis críticas, sobretudo ali onde se lhe utiliza para legitimar políticas de atribuição de recursos, que são reconhecidamente finitos e escassos em qualquer sistema sanitário. O princípio da solidariedade aplicado às políticas públicas é insuficiente para resolver os complexos problemas da saúde por estar obrigado a ser solidário com os outros em situações de profunda diversidade de necessidades e a despeito de que existam discrepâncias profundas de valores que ficam opacas e inacessíveis à argumentação.” Kottow y Schramm, op. cit., p. 951. Traducción nuestra.

<sup>40</sup> Ibid, p. 951.

<sup>41</sup> “Estes tipos de responsabilidade indicam que um agente moral deve ser responsável pelas consequências de seus atos perante a sociedade e de acordo com normas validadas por uma instância avaliadora. Na prática, não obstante, são de difícil realização devido às incertezas que afetam os cálculos probabilísticos utilizados em saúde pública, como mostram praticamente todos os estudos epidemiológicos [...]” Ibid, p. 953. Traducción nuestra.

En la propuesta de los autores, la ética de la protección recuperaría los contenidos morales del principio de responsabilidad, actualizándolos en el sentido de responder voluntariamente a las necesidades de los otros y también en el de preocuparse por la eficacia y la efectividad de las medidas de protección sanitaria adoptadas. Así:

La evaluación puede mejor realizarse a partir de un principio de protección, el cual impone el deber de eficacia como condición necesaria para una potestad legítima de intervención, autorizada para exigir a la autonomía personal que se ajuste al bien común.<sup>42</sup>

Sobre las posibilidades de una ética principalista en materia del acceso a la atención sanitaria, que en cierta medida se opone a lo que se acaba de exponer, se remite al tratamiento de Maria do Céu Patrão Neves, expuesto en la sección 3.

Se entiende que en esta aproximación, como en aquella, se presenta como el gran desafío y el gran reto para la bioética en la salud pública el de trasladar el tratamiento, con los necesarios ajustes y modificaciones, del nivel de las relaciones interpersonales, característico de la bioética de las situaciones emergentes, al nivel de las relaciones institucionales y colectivas, característico de la bioética de las situaciones persistentes, conforme demuestran los autores latinoamericanos cuyo pensamiento acabamos de exponer.

---

<sup>42</sup> “A avaliação pode melhor se realizar a partir de um princípio de proteção, o qual impõe o dever de eficácia como condição necessária para um legítimo poder de intervenção com autoridade para exigir, à autonomia pessoal, que se ajuste ao bem comum.” Ibid, p. 955. Traducción nuestra.

## 5. CONSIDERACIONES FINALES

Los problemas pertinentes al destino de los recursos de salud, como queda constatado, no afectan únicamente países no desarrollados. El agravamiento del problema de los costes, asociado a la asunción de una medicina tecnológica y a los fenómenos de transición demográfica y epidemiológica, es vivido, quizás en momentos y percepciones ligeramente distintos o en mayor o menor extensión, en todas las regiones del globo, desarrolladas o no. En pocas palabras, debe ser abordado como un problema global y común a todos los países.

El surgimiento de factores de agravamiento del problema del acceso a la atención de la salud prácticamente es concurrente con la emergencia de la bioética como objeto de estudio. El desarrollo de la biotecnología, determinante histórico del surgimiento de la bioética, integra el fenómeno de la tecnologización de la medicina y, por lo tanto, posee relación no solamente con los problemas provenientes del acceso a la atención sanitaria, sino que también puede tener relación con sus soluciones.

Los caminos asumidos por una medicina biotecnológica importan a la discusión bioética no solamente desde la perspectiva de la dignidad de la persona humana, individualmente considerada, sino también desde la del desarrollo social-sanitario de las colectividades humanas. Las reflexiones afrontadas en este trabajo sugieren que la bioética, surgida en ese contexto, tiene la capacidad de ampliar y universalizar la discusión sobre la igualdad en el acceso a la atención de la salud, a través de la trascendencia de algunas falsas dicotomías que vienen marcando la discusión, conforme hemos referido en el inicio del presente artículo.

Una de ellas es la dicotomía que opone modelos sociales y públicos de atención sanitaria a los modelos liberales y privados. Una evidencia en ese sentido está en que, cada vez, resulta más raro, si no imposible, encontrar sistemas de salud reales que sean puramente públicos o puramente privados. Lo habitual es la combinación de los dos sistemas, sin embargo, con predominio de modo eventual de uno u otro.

Otra evidencia es la de que los fundamentos de uno y otro sistema poseen puntos de superposición, no siendo absolutamente independientes. Corrobora esta afirmación la lógica aseguradora que preside la racionalidad económica tanto en uno como en el otro sistema y la presencia del vector equidad que puede dirigir los criterios distributivos en ambos, a pesar de que bajo distintas concepciones: bien como igualdad

de oportunidades en un sistema de libre acceso, bien como igualdad sustancial en las condiciones de acceso.

Otra dicotomía susceptible de relativización es la existente entre la bioética de las situaciones emergentes y la bioética de las situaciones persistentes.

Una evidencia en ese sentido es la de que las barreras al acceso de naturaleza socioeconómica, presentes en cualesquiera países en diferentes intensidades, aunque posiblemente sean las más significativas e importantes, no son las únicas, pues hay otros factores que generan la discriminación en el acceso, como el origen o naturaleza de las dolencias o las características de la población a ellos sometida, como edad, sexo, raza. Concurren muchas veces, en la constitución de tales barreras, prejuicios de orden moral, cultural o histórico, presentes en cualquier sociedad; razón por la cual el problema del acceso a la atención sanitaria debe obtener, en la discusión bioética, foros de discusión global, coincidentes con la vocación de ese campo de estudio.

La búsqueda de respuestas al problema del acceso igualitario a la atención de salud, tanto desde una perspectiva de fundamentación deontológica como desde una perspectiva de fundamentación teleológica, parecen incidir, por regla general, la necesidad de que se añada mayor peso a la cuestión de la solidaridad social y de la responsabilidad individual en el uso racional de recursos sanitarios en cualesquiera de los modelos de asignación de recursos o en cualesquiera de los sistemas utilizados para su financiamiento.

Se trata de una responsabilidad que se debe concebir, concomitantemente, en relación al individuo, así como a la sociedad y al Estado. Autonomía y protección son principios que deben ser reequilibrados, enfatizándose la necesidad de consideración de una justicia distributiva que implicará, de manera forzosa, la renuncia a cuidados y atenciones no universalizables bajo criterios racionales y perspectiva sustancialmente igualitaria.

En ese ámbito, la reflexión bioética debe incorporar y abarcar los argumentos de orden económico, financiero o presupuestario, a fin de que estos, recibiendo carga axiológica, no sirvan para enmascarar la asunción de prioridades éticamente no defendibles.

Se entiende que el derecho, como materia que debe regir la intersubjetividad humana, tiene que jugar un papel importante en esta tarea. Y, en ese objetivo, principios e instituciones han de ser modelados o remodelados. Pueden, eventualmente, migrar entre los distintos campos del conocimiento humano, promovándose la aproximación entre derecho y bioética a fin de permitir, al primero, la aprehensión de los hechos y

valores que deben informar la asignación ética y justa de recursos sanitarios escasos y, al segundo, la instrumentalización de una efectiva intervención en el campo social.

## REFERÊNCIAS

- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press, 2009.
- Bergel SD. Bioética y el derecho de acceso a los medicamentos. *Rev direito sanit* 2006; 7(1-3): 117-62.
- Berlinguer G. *Ética da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- Cruz MR, Trindade ES. *Bioética de intervenção: uma proposta epistemológica e uma necessidade para sociedades e grupos sociais vulneráveis*. *Revista Brasileira de Bioética* 2006; 2(4):483-500.
- Dworkin R. *Justice in the distribution of health care*. *McGill Law Journal* 1993; 38(4): 883-98.
- Garrafa V. *Inclusão social no contexto político da bioética*. *Revista Brasileira de Bioética* 2005; 1(2): 122-32.
- González AP. Ética, derechos y racionamiento sanitario. *Doxa* 1999; (22): 580-605.  
Disponível em:  
[http://descargas.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/12826207572393734198846/cuaderno22/Doxa22\\_25.pdf](http://descargas.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/12826207572393734198846/cuaderno22/Doxa22_25.pdf). Consultado el 26 de mayo de 2007.
- Kottow M. Bioética y biopolítica. *Revista da Sociedade Brasileira de Bioética* 2005; 1(2) 110-21.
- Kottow M; Schramm FR. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad. saúde pública*. 2001 jul-ago; 17(4): 949-56.
- Neves MCP. *Alocação de recursos em saúde: considerações éticas*. *Bioética – Revista do Conselho Federal de Medicina*, 1999; 7(2). Disponível em:  
<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v7/alocarec.htm>. Consultado el 14 de julio de 2008.
-