

Prioridades en Salud y prioridad de la Salud *

Giovanni Berlinguer **

EL RENACIMIENTO DE LA ÉTICA

A finales de este siglo, dominado por la economía y por la política, está renaciendo la ética: tanto en las discusiones filosóficas como en las preocupaciones de todos. El fenómeno es evidente, aunque no es fácil comprender completamente los motivos. El más obvio está en el hecho de que tanto la economía, como sobre todo la política, han estado contaminadas en muchas partes del mundo, hasta el punto de alterar las reglas del juego comúnmente aceptadas (a partir del libre mercado y de las competiciones electorales) y de provocar fuertes reacciones populares y amplias intervenciones judiciales. Las unas y las otras, por primera vez en la historia reciente, en algunos países se traducen en cambios sustanciales en las instituciones y en la composición de los grupos dirigentes, casi en una revolución pacífica.

Pero esta explicación es todavía superficial y limitada. Un motivo menos accidental se encuentra en la caída de las ideologías, de los sistemas políticos rígidos y contrapuestos que las habían sostenido, y de la larga subordinación de la ética a la razón de Estado o de partido. Las dos grandes opciones que se han enfrentado en este siglo (en términos sumarios: justicia y solidaridad por un lado, competición y libre iniciativa por el otro), pueden ahora confrontarse más libremente. Hoy cada persona, cada corriente cultural y política, cada gobierno debe enfrentarse directamente con su propia realidad. Ya no existe el espejo deformante de la guerra fría, ni la justificación del enemigo exterior. La filosofía práctica, es decir la ética entendida como guía a la elección entre distintas opciones posibles, encuentra ante sí misma un campo abierto y en muchos aspectos inexplorado.

Otros motivos, entre los muchos que pueden analizarse, tienen que buscarse en la inquietud que nace de dos condiciones de la vida (entendida en el sentido material, pero por eso mismo suscitadora

inmediata de reflexiones éticas), que se verifican por primera vez a finales de este siglo:

A. La humanidad tiene a su disposición los conocimientos y los recursos adecuados para vencer los azotes que siempre han acompañado a nuestra especie, como el hambre y las enfermedades (por lo menos gran parte de las infecciosas y carenciales), pero no consigue hacerlo, sobre todo en las áreas más pobladas del mundo.

B. El mundo físico y biológico que incluye a los seres humanos, se dirige hacia una condición de alto riesgo para su integridad y para su misma supervivencia. Una de las creaciones más altas del ingenio humano, la ciencia, llega a ser causa, instrumento de definición y medio de solución —junto con la política y la economía— de este problema¹.

Es comprensible que de todo esto surjan nuevos interrogantes. Es igualmente comprensible que haya nacido un nuevo campo de la filosofía moral, la bioética, y que ésta se haya convertido probablemente en el sector más dinámico del renacimiento de la ética. Todo ello se debe al hecho de que el desarrollo de la ciencia y de la tecnología en el campo biológico y médico propone continuamente problemas inéditos, con referencia ya sea a las zonas fronterizas de la existencia humana (posibilidad de influir sobre el nacimiento, la vida, la muerte y la enfermedad), ya sea al equilibrio de todos los seres vivos de nuestro planeta.

El tema de la salud, sin embargo, no siempre está en discusión², aún siendo un campo universal de experiencia y de reflexión cotidiana. A menudo se le niega el título de nobleza como objeto de la ética, sólo se le atribuye el valor (considerado plebeyo) de *cuestión social*. O solamente viene propuesta —cuando se recurre a la ética como herramienta del fundamentalismo monetarista— la pregunta de *cómo utilizar los escasos recursos disponibles*³.

* 6° Congreso latinoamericano de Medicina Social y 8° Congreso Mundial de Medicina Social. Artículo enviado para publicación también en la *Revista Lua Nova*, del CEDEC.

** Profesor de Medicina Social de la Universidad de Roma.

De aquí la exigencia —pero también la dificultad— de una ética de la salud que no sea tan sólo una puesta al día de la deontología médica, o una reflexión sobre los confines extremos de la vida y de la muerte, sino que esté también conectada con los principios y con la práctica de salud cotidiana.

¿SALUD PARA TODOS O PARA POCOS?

La necesidad de alcanzar —para todos y cada uno— un nivel más alto de salud en este siglo puede resumirse en las dos utopías que han encontrado su expresión más completa en la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La primera utopía nació en la mitad del siglo, con la constitución misma de la OMS que definió a la salud como *un estado de completo bienestar físico, mental y social*. Por aquel entonces, todos aplaudieron esta definición, sobre todo porque superaba la idea de que la salud fuera entendida solamente en negativo, como ausencia de enfermedad; y porque ponía en relación la condición física de los individuos con sus condiciones mentales y sociales. Sin embargo, se han observado irónicamente, que si un individuo proveniente de cualquier país del mundo, se presentara en la sede de la OMS en Ginebra y declarara: *yo gozo de un completo bienestar físico, mental y social*, correría el riesgo de ser considerado un extravagante y quizás el de ser internado en un manicomio. La definición ha sido después discutida también en el plano científico por su carácter estático, y superada por otras más dinámicas, por ejemplo por la concepción de que la salud es un equilibrio activo entre el hombre y su ambiente natural, familiar y social. Pero la fórmula de la OMS, difundida universalmente durante varias décadas, ha tenido una función fundamentalmente estimulante de la aspiración a la salud. También porque, justo a partir de los años cincuenta, una condición de mayor bienestar se demostró por primera vez alcanzable por muchos pueblos de la tierra.

La segunda utopía, resumida en la fórmula *Salud para todos en el año dos mil*, fue lanzada por la OMS en los años setenta en la cúspide de un ciclo de progreso sanitario ciertamente desigual pero rápido, difundido y sin precedentes en gran parte del mundo. Esta idea que fue acompañada por proyectos, etapas y compromisos de muchos gobiernos, ha tenido un impacto menor que la precedente no sólo porque dejó ver desde el principio su carácter utópico y a veces elusivo, sino sobre todo porque cambiaron, poco después, las condiciones político-sociales que habrían podido permitir acercarse a la meta.

La Conferencia sobre la promoción de la salud, organizada por la OMS en Sudsval (Suecia) del 9 al 16 de junio de 1991 dio prueba de un sustancial fracaso de este objetivo. El documento final contiene afirmaciones significativas, como las que siguen: *La explotación del trabajo, la exportación de desechos y de sustancias nocivas, el consumo de los recursos mundiales muestra que el modelo actual de desarrollo está en crisis... Los gastos militares tienden a crecer, y la guerra, que provoca invalidez y muerte está*

introduciendo nuevas formas de vandalismo ecológico... La deuda internacional está agotando las frágiles economías de los países subdesarrollados... Millones de personas viven en extrema pobreza, millones de niños no tienen acceso a la instrucción y las mujeres están oprimidas, son explotadas, discriminadas en el trabajo y en otros campos... Todo esto hace que sea extremadamente difícil alcanzar el objetivo de la salud para todos en el año dos mil.

En este documento se había propuesto incluir, en lugar de la última frase que he citado, esta otra: *Todo eso está transformando la salud para todos en salud para pocos*. La formulación no fue aceptada, sea porque razones diplomáticas ofuscan a menudo el lenguaje de la OMS, sea porque no habría respondido a la realidad. En una población mundial que se dirige a los seis mil millones, de hecho, no son pocos los que gozarán en este final de siglo, de una mejor o una buena salud: en cifras muy aproximadas, alrededor de un tercio. Otro tercio tiene una salud discreta y el otro deficitaria o pésima. Sin embargo, el número de estos últimos está creciendo: ya sea porque el mayor dinamismo demográfico se manifiesta en aquellas áreas del mundo que están en vías de desarrollo, o en vías de ulterior subdesarrollo; ya sea porque en estos países vuelven a surgir enfermedades que se creían vencidas desde hacía tiempo, como el cólera en América Latina, y aumenta la incidencia de antiguas enfermedades endémicas y letales como la malaria, que en Africa se suma a los efectos devastadores de la nueva epidemia, el SIDA. Pero tampoco en los países más ricos la distribución de la salud (y de las posibilidades de vida) responde al criterio *para todos*. En la conferencia de Sundsvall la señora Ingrid Thallen, ministro sueco de la salud, ha dicho con franqueza que en la población de su país, una de las más sanas y mejor asistidas del mundo, la esperanza de vida de los obreros de las industrias manufactureras es, por término medio, diez años más breve que la de los que realizan trabajos más sanos y tienen un nivel más alto de instrucción.

A partir de los análisis, dos puntos resultan evidentes: a) todavía no se ha afirmado *una prioridad de la salud* en los actos de los gobiernos, en las elecciones de la economía, en las orientaciones de la sociedad; b) *el principio de la justicia*, reconocido por todos como uno de los fundamentos de la bioética, está todavía lejos de cumplirse.

¿EXISTE UN DERECHO A LA SALUD?

Podemos preguntarnos qué efectos está produciendo en la salud y en la medicina no tanto la presencia del mercado, que es un elemento indispensable de la economía, cuanto la asunción del mercado como valor único y absoluto⁴. La respuesta está en la experiencia. En el país que ha reconocido más que ningún otro el valor absoluto del mercado (también como regulador de la asistencia sanitaria) o sea en los Estados Unidos de América, está legalmente establecido que quien no tiene un seguro o no paga directamente médicos y hospitales no tiene derecho a la

asistencia sanitaria (excepto, y no siempre, en casos de urgencia): el poder o no poder curarse es una función directa, legítima y explícita del dinero. Se afirma con esto, en la práctica y a veces en el derecho, una ciudadanía monetaria con respecto de la atención, a la salud, a la enfermedad.

Esta tendencia corre además el riesgo de agravarse debido a la existencia de tres variables. La primera parece estar de alguna manera insito en los mismos progresos de la medicina. Montagnier, descubridor del virus HIV, ha enunciado en modo brutal la previsión para el siglo XXI: La investigación médica apuntará sin duda soluciones extraordinarias, pero tan costosas que suscitarán sin duda grandes interrogantes sociales. Las terapias preventivas aplicables antes de la aparición de lesiones irreversibles prolongarán quizás la vida media en una veintena de años a finales del próximo siglo. Pero las consecuencias sociales de esta revolución biológica serán imprevisibles. Está claro que no se podrán beneficiar diez mil millones de individuos, y que lo mejor tocará a quien tiene los medios para pagarlo⁵. La segunda variable puede venir de los mismos ciudadanos. En casi todos los países, en mujeres y en hombres, en casi todas las edades ha aumentado el deseo de salud como efecto de la libertad, de la cultura, del saber y ver que una mejor salud es una meta alcanzable. Pero las distorsiones y las presiones que han acompañado el crecimiento de este deseo, alimentadas por una información pilotada y sugestiva, han hecho que ya desde ahora, para cada una de las facetas de la salud, la demanda de los ciudadanos se dirija hacia una mercancía o hacia una profesión especializada; y que pasen a segundo plano los factores de salud dependientes de elecciones colectivas y conductas personales que no sean comercializables. La tercera variable, finalmente, viene de la corriente de la bioética que tiende a negar la existencia de un *derecho humano fundamental a la suministro de atención sanitaria, incluso a la suministro de un mínimo aceptable de atención sanitaria*⁶.

No puede infravalorarse la aparición de esta tendencia, que se presenta después de un siglo en el cual se han afirmado los principios de equidad y de solidaridad en el campo de la salud. Sobre todo porque estas ideas, ya antes de que recibieran dignidad filosófica, han sido ampliamente introducidas en la práctica. Engelhardt Jr. las justifica con la imposibilidad de conciliar fines contradictorios entre sí, como la contención de los costes, la calidad de la asistencia, la igualdad de acceso a los servicios, la libertad de elección de quien presta y de quien recibe la asistencia. Esta tesis impone una reflexión también a quienes han propugnado el derecho de la salud y a las prestaciones sanitarias. Estos derechos de hecho han resultado vencedores durante casi todo este siglo, sobre todo en el plano cultural y moral, pero también en sus efectos prácticos. Sin embargo, en la actualidad, corren el riesgo de ser erosionados y finalmente cancelados, si no viene afrontado y superado su presunto carácter inconciliable.

LA INJUSTICIA DISTRIBUTIVA DE LAS ENFERMEDADES

La afirmación del derecho a la salud en muchas Constituciones modernas ha respondido no sólo al progreso de la conciencia social, sino también a las nuevas posibilidades abiertas por el desarrollo de las fuerzas productivas, de la ciencia y de la técnica. Podemos recordar, a este respecto, la distinción que hace Norberto Bobbio entre necesidad y derecho: una necesidad no puede ser considerada un derecho, sino cuando existe históricamente la posibilidad de satisfacerla. Se puede decir por lo tanto que en los siglos anteriores la salud podía ser una aspiración; que era en cualquier caso una necesidad, más imperiosa que ahora, por la frecuencia de enfermedades graves, de epidemias, de muertes prematuras; pero que no existían, al contrario que hoy en día, ni los conocimientos ni los recursos para que se transformase en un derecho.

Aún así, este derecho, que ha llegado a ser por primera vez accesible, viene ahora contestado en línea de principio, y viene sobre todo negado en la práctica a causa de las persistentes (y quizás progresivas) injusticias distributivas de las enfermedades. Lo han confirmado todas las estadísticas; y lo había ya subrayado hace cincuenta años, en *Civilization and Disease*, Henry Sigerist: *En un mundo que podría producir todo el alimento que la gente podría eventualmente consumir; en una época en la cual la ciencia está lo suficientemente avanzada como para usar sistemáticamente los recursos de la naturaleza y producir todos los bienes que podrían utilizarse, la gran mayoría de los habitantes de la tierra están todavía a un nivel que no les permite vivir una vida sana. La pobreza continúa siendo la causa principal de las enfermedades, y es un factor que está más allá de las posibilidades de control inmediato por parte de la medicina*⁷.

La pobreza material (e igualmente la pobreza cultural), así como desarrollar una actividad laboral insalubre, poco cualificada y poco satisfactoria, favorece la acción de todos los factores específicos de enfermedad, obstaculiza la adopción de medidas preventivas, hace más difícil curarse.

La injusticia distributiva de las enfermedades puede atenuarse pero no eliminarse de los sistemas de atención pública. Estos están, por otra parte, atravesando desde hace algún tiempo por crecientes que no son tan sólo de orden económico. Se percibe en general una pérdida de objetivo, testimoniada también por el hecho de que la única dimensión de la atención sanitaria que viene discutida es su coste. Por otro lado, estos sistemas, nacidos en su mayoría por iniciativa de los trabajadores, se han sobrecargado y burocratizado hasta el punto de excluir a los trabajadores y a todos los ciudadanos de la participación y la gestión. Incluso si los sistemas de atención pública han obtenido mejores resultados, respecto a los países en los cuales han prevalecido las aseguraciones privadas, éstas los desafían ahora abiertamente; y la atención pública podrá ser defendida y desarrollada sólo si se renueva profundamente⁸.

Pero el desafío principal, en el plano social, es el de la equidad: no sólo en la atención médica (derecho, acceso, calidad, humanidad) sino incluso en la salud misma. Hablo de equidad, en lugar de igualdad, también para criticar una tendencia niveladora que ha ignorado el significado positivo de las diferencias individuales y colectivas (de sexo, de edad, de raza), tendencia que ha pretendido uniformar los seres humanos en un único modelo y que, por desgracia, ha dominado por largos decenios las ideas de la izquierda. Hablo de equidad pensando, por un lado, en el valor intrínseco de cada individuo, por otro, en la importancia de las medidas sociales destinadas a derribar los obstáculos al bienestar (entendido como estar-bien): aquellos obstáculos y sólo aquellos que no puedan superarse con la voluntad y las conductas personales. En este sentido, condivido el punto de partida sugerido por Alvaro de Vita, que ha retomado las tesis de John Rawls sobre la justicia: ésta puede verse perjudicada desde el principio por la existencia de una *arbitrariedad moral*, que se manifiesta en el mismo acto del nacimiento, hecho, vienen al mundo individuos diversos como genotipo y como fenotipo. Su variedad y su carácter imprevisible constituyen la infinita riqueza de la especie humana. Sin embargo, con el nacimiento se crean también injusticias de partida que pueden depender de enfermedades o de predisposiciones genéticas, de las condiciones materiales en las que tienen lugar el embarazo y el parto, y todavía más frecuentemente de la familia, del lugar de la clase social en que viene al mundo. Si reconocemos que todas las personas tienen un propio valor intrínseco, debemos también reconocer que las instituciones básicas de una sociedad democrática deben actuar con el objetivo de reducir la influencia de estos factores moralmente arbitrarios sobre las oportunidades de vida de los individuos⁹.

Se puede retomar, con el derecho a la atención médica el debate teórico sobre el derecho a la salud. Como primera aproximación he expuesto dos tesis contrapuestas, la tesis de Bobbio sobre la transformación de las necesidades en derecho que se hace realidad cuando se crea históricamente la posibilidad de que las necesidades se satisfagan; y la tesis de Engelhardt Jr. que niega, como principio, la existencia de un derecho a la asistencia sanitaria en caso de enfermedad. Este contraste, sin embargo, tiene que ver, más que con el derecho al bien-estar, con el derecho a acceder a la asistencia sanitaria: el primero puede considerarse una aspiración legítima de cada persona, y por lo tanto un *derecho natural*; el segundo pertenece más bien a la esfera de los derechos sociales, cuyo reconocimiento depende de condiciones históricamente determinadas, de las relaciones de fuerza que se crean en las diversas épocas en cada una de las naciones, de la capacidad de los que son excluidos de la asistencia para individualizar e imponer soluciones practicables. Más que la ética, en este caso, vale la política, que puede ser sustanciada por la legítima aspiración a iguales oportunidades asistenciales en caso de enfermedad.

Si se admite, sin embargo, que la vida es un derecho natural de cada persona, y que la búsqueda del bien-estar comienza por la corrección de la *arbitrariedad moral* que se manifiesta desde el nacimiento, se debe considerar útil pero no suficiente el derecho social *ex post* a disfrutar de aquellos actos terapéuticos que son tarea específica y tradicional de la medicina. Recuerdo que un escritor inglés del pasado siglo, Samuel Butler, describió el país imaginario de *Erewhon* (1872), gobernado según el criterio de que el poder humano debería respaldar las decisiones y las injusticias de la naturaleza, añadiendo felicidad a los afortunados y sufrimientos a los desafortunados. Uno de los casos descritos es el proceso a un ciudadano culpable del cargo de tuberculosis, un crimen castigado hasta hace poco tiempo con la muerte. El fiscal, al proponer la condena, dirige una crítica al acusado: *Si hubieras nacido en una familia acomodada, no habrías violado la ley de nuestro país*; y añade que es inútil invocar, como atenuante, el haber nacido de padres enfermizos: *No estoy para ocuparme de complicadas cuestiones metafísicas sobre el origen de esto y aquello, cuestiones que cuando se afrontan, ya no acaban nunca jamás*. El mundo de hoy, afortunadamente, es algo diverso del de *Erewhon*, aunque la tendencia al *victim blaming* ha resurgido con fuerza en los últimos años. Hoy en día casi todos reconocen, aun si a menudo la realidad contradice tal aspiración, que los afectados de tuberculosis o de otras enfermedades no deberían ser castigados sino curados. Pero raramente se afrontan con profundidad las *complicadas cuestiones metafísicas sobre el origen de esto y aquello*, es decir sobre el derecho natural al bienestar y sobre los factores que lo obstaculizan.

¿MEDICINA DE LA ESCASEZ O PRIORIDAD DE LA SALUD?

El tema que se discute con mayor frecuencia, en la ética de la salud, es el de cómo se pueden establecer las prioridades para destinar los recursos dedicados a los servicios sanitarios, que se han vuelto escasos (¿pero es que han sido alguna vez abundantes?) por diversos motivos concomitantes: el envejecimiento de la población, el coste creciente de la tecnología, la mayor demanda de asistencia, pero también las restricciones impuestas a los presupuestos por muchos gobiernos, por el Fondo Monetario Internacional y por el Banco Mundial.

Un filósofo, Raanan Gillon, ha querido individualizar estas prioridades recurriendo al instrumento de la inocencia. Para ello, ha planteado un dilema a su hija de ocho años: *¿A quién, de estas tres personas, debo dar el único salvavidas de que dispongo? ¿Al más joven porque podrá vivir más tiempo, al más enfermo porque tiene mayor necesidad, al mejor de ellos porque lo merece más?*¹⁰ Incluso si Gillon tenía la loable intención de presentar a su hija las tres opciones bioéticas (utilitarista, clínica y meritosa), surgen algunas dudas sobre la conveniencia pedagógica de plantear a una niña, aunque sólo sea de modo abstracto, decisiones sobre la vida y la muerte:

desde este punto de vista, el hecho de que Gillon sea director del *Journal of Medical Ethics* podría considerarse una condición agravante. Sin embargo, la niña dio la respuesta más sensata, rechazando la hipocresía de las elecciones *objetivas* y demostrando saber cómo andan las cosas de este mundo: *Desde luego no a aquél del que eres más amigo, porque no sería honesto.*

Muchos tienden a atribuir a los médicos no sólo estas decisiones extremas, sino también las exigencias de ahorro cotidiano en el uso de los servicios. Esto puede ser justo si quieren evitar los despilfarros, o a la hora de elegir los cuidados más oportunos y de defenderse cuando los fabricantes de medicamentos o de instrumental impulsan al consumismo. Encuentro, sin embargo, excesivo pedir a los médicos que *interioricen el concepto de escasez*. Esta, de hecho, puede ser absoluta, pero también relativa, según la importancia que asuma la salud dentro del cuadro de todas las prioridades públicas y personales. Si la salud no ocupa una de las primeras posiciones, es deber de los médicos actuar, junto a los ciudadanos, para que todos interioricen el concepto de prioridad, antes de aceptar pasivamente y difundir el de escasez. Los médicos y todos los trabajadores de la salud, por el hecho mismo de ver las enfermedades en la población y poder conocer las causas, deberían sentir el deber moral de solicitar medidas colectivas destinadas a combatirlas. La observación de Engelhardt Jr. sobre el carácter difícilmente conciliable de las diversas exigencias asistenciales (contención de los gastos, calidad e igualdad de acceso a los servicios, libertad de elección) tiene una base real, pero las decisiones podrían simplificarse si, además de pensar en las *prioridades en la salud*, se pensara sobre todo en la *prioridad de la salud* respecto a otras exigencias. Me refiero tanto a las opciones de los gobiernos como a las de los individuos.

Para los gobiernos, es bien sabido que en gran parte de las naciones los gastos prioritarios son los militares. En el mundo dichos gastos suman un total de 1.700 millones de dólares al minuto; y son, en proporción al producto nacional bruto, tres veces más altos en los países subdesarrollados (a los que a su vez los países ricos suministran armas), es decir, en aquellos países que tendrían una mayor necesidad de dedicar recursos a la salud. Se ha realizado una valoración según la cual, con la actual velocidad de gasto para fines militares, 35 segundos permitirían construir escuelas para 30.000 niños, o para alimentar a 22.000 personas durante un año entero; 12 minutos bastarían para construir 40.000 centros médicos completamente equipados; 150 minutos (dos horas y media) corresponden al total del presupuesto anual de la Organización Mundial de la Salud, y 12 días serían suficientes para abastecer de agua a todos los países pobres¹¹. Pero aquí, más que las cifras, interesa el problema moral. Este ha sido planteado por J. Harris en los siguientes términos: la amenaza a la vida de los ciudadanos que puede surgir por enemigos extranjeros, y que puede justificar los gas-

tos militares, es futura y teórica, mientras que las mismas vidas corren a menudo un riesgo inmediato por falta de asistencia sanitaria. Por ello, debemos *adoptar el sano principio de que los peligros reales e inmediatos se deben afrontar antes que los teóricos*; este principio debería inducir a *dar casi siempre al presupuesto para la salud la precedencia respecto al presupuesto destinado a la defensa de la nación*¹².

Pero este tema se refiere todavía a los criterios de repartición de los gastos públicos, sobre todo en relación con la atención médica. Por ello, se queda en la ética distributiva de los recursos y deja sin afrontar el problema de la prevención, que comprende: a) las medidas específicas (por ejemplo, la vacunación) destinadas a contrastar los factores de enfermedad, b) las posibilidades preventivas que derivan de decisiones tomadas en otros campos (por ejemplo, la difusión de la instrucción, la humanización del trabajo, la mejora en la nutrición y de la vivienda). Estos dos puntos contribuyen de modo decisivo a la promoción y protección de la salud: porque consiguen transformar las condiciones objetivas de la existencia y porque introducen, a nivel individual, conocimientos y estímulos idóneos no para forzar sino para favorecer conductas más saludables.

El contenido ético de la prevención reside en su virtud anticipadora y en su capacidad tendencialmente igualitaria. R. Saracci ha escrito que el acceso a la asistencia corre hoy día el riesgo de hacerse cada día más costoso y siempre menos igualitario. Por el contrario, el único modo para *afrontar simultáneamente el volumen de gastos y la desigualdad en la protección de la salud es la prevención... Toda la medicina tiene como objetivo la salud, pero sólo la prevención tiene como característica intrínseca y como objetivo específico la igualdad de todos y cada uno de los ciudadanos en el campo de la salud*¹³.

El contenido ético y el valor real de la prevención se incrementa gracias a los efectos difusivos a escala internacional y es reconocido por todos... de palabra. En la práctica, las naciones desarrolladas dedican a este objetivo no más del 2-4 por ciento del presupuesto de salud, además de sumas no ciertamente ingentes incluidas en otros presupuestos (por ejemplo, las destinadas a la seguridad en el trabajo o la higiene pública para abastecimiento de agua y alcantarillado). Pero hay todavía cosas peores. Cito tan sólo un ejemplo europeo, el del tabaco. La Comunidad Europea lanzó, en 1992, una campaña contra los tumores, centrada sobre los daños del tabaco, gastando en ella 11 millones de ECUS (la unidad monetaria europea, de valor equivalente al dólar USA). El mismo año, gastó 1.331 millones de ECUS, es decir 121 veces más, en subvenciones a los cultivadores de tabaco¹⁴. Se calcula que el tabaco contribuye, cada año, a la muerte de medio millón de europeos; a esta cifra podemos añadir, desde hace algún tiempo, el incalculable número de víctimas del Tercer Mundo, donde los europeos exportan el tabaco y el hábito de fumar.

No sé si este ejemplo puede considerarse

como una de las *complicadas cuestiones metafísicas sobre el origen de esto y aquello*, que el magistrado de Erewhon se negaba a discutir porque *cuando se afrontan, ya no acaban nunca jamás*. Pero quizá, si decidiésemos afrontarlas, resultarían menos dramáticas otras cuestiones éticas y a veces metafísicas sobre las *prioridades en la salud*, que se encuentran al centro de interesantes pero a menudo irresolubles cuestiones bioéticas.

Cuando hablo de cuestiones irresolubles me refiero a los aspectos éticos de los casos en que se deben tomar decisiones sobre la vida y la muerte que contrastan con principios absolutos. Entre éstos, sobre todo, el valor intrínseco de toda existencia humana. Pero para afrontar estas exigencias no podemos hablar tan sólo de recursos materiales. Debemos hacer referencia aún más a los recursos científicos y humanos, que incluyen las funciones profesionales y los compromisos y el esfuerzo que puede poner en juego cada grupo y organización social, cada movimiento colectivo y, personalmente, cada ciudadano.

Si valoramos, en relación con los medios empleados y los recursos destinados, los progresos logrados en las últimas décadas en la lucha contra las enfermedades y en la promoción de la salud, llama la atención una novedad sorprendente. Digo novedad porque, todavía en los años cincuenta, los mayores progresos se habían alcanzado con medios obtenidos a través de laboriosos experimentos científicos, y difundidos mediante productos industriales. Los descubrimientos que han salvado más vidas y evitado más casos de invalidez eran en aquel período, probablemente, los antibióticos y la vacuna contra la polio. Desde los años setenta, ha habido ciertamente otros descubrimientos y perfeccionamientos utilísimos; pero no se ha introducido, me parece, ningún producto científico-industrial que haya tenido un impacto positivo de alcance similar.

¿Cuáles han sido, sucesivamente, las tres innovaciones que han evitado más enfermedades y salvado más vidas humanas? Cada uno podría sugerir su propio elenco. También yo quiero hacerlo, incluyendo: 1) la terapia de la gastroenteritis infantil mediante la rehidratación por vía oral con agua, sal y azúcar, llevada a cabo en los países pobres; 2) la prevención del infarto de miocardio y de otras enfermedades cardiovasculares mediante la transformación de los *estilos de vida* (alimentación, actividad físico-deportiva, abolición del tabaco y control de la hipertensión), llevada a cabo primero en EE.UU. y después en otros países desarrollados, gracias al impulso de las investigaciones epidemiológicas sobre la multifactorialidad de estas enfermedades; 3) la prevención de las enfermedades gastroenteríticas mediante el uso cotidiano de agua hervida en todas las casas, llevada a cabo sobre todo en China.

Ninguno de los *descubridores* de estos métodos ha recibido el premio Nobel, aunque sí lo habrían merecido al menos tanto como otros científicos. Ninguno de estos métodos requiere tecnologías

avanzadas, medicamentos ni mercancías costosas; por el contrario, han contribuido a reducir su uso y, por tanto, a reducir los costes asistenciales. Sus características comunes consisten en el obtener el máximo resultado con el mínimo de medios; en el no tener contraindicaciones de naturaleza ética, dado que no crean conflictos de intereses legítimos; en el requerir una participación responsable del propio individuo, en lugar de delegar la propia salud a profesionales e instituciones especializadas, y en el estimular, por tanto, un enlace fecundo entre el derecho colectivo a la salud y el deber de contribuir personalmente a mantenerla y promoverla.

No quiero sobrecargar de significados morales estas experiencias, ni sostener que estas orientaciones se deban considerar exclusivas, o generalizables a todos los casos, todos los lugares y todas las enfermedades. Sin embargo, a mi parecer, es indudable que las mismas contribuyen, con la fuerza de los métodos y los resultados, a delinear algunos puntos fundamentales de una ética de la *prioridad de la salud*.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Cfr. Jonas H: *Il principio responsabilità*, Einaudi, Torino. 1990 (en alemán: *Das Prinzip Verantwortung*, Insel Verlag, Frankfurt am main 1979).
- 2 Gracia D: "What constitutes a just Health Service System an how scarce resources should be allocated?". Este artículo, y el breve debate consiguiente (pp. 183-210), constituyen el único referimiento a la salud en un volumen de la Panamerican Health Organization dedicado a la bioética: *Bioethics, Issues and Perspectives*, Scientific publication n° 527, Washington 1990. Todos los demás contributos se refieren a la ética médica y la investigación biomédica.
- 4 Reiman AS: "What market value are doing medicine". *The Atlantic Monthly*, March, 1992, pp. 99-106.
- 5 Montagnier L: *Chi avrà il diritto a essere curato*. Il mondo fra dieci anni, Roma 1991.
- 6 Engelhardt Jr. HT: *Manuale di bioetica*. Il Saggiatore, Milano 1991, p. 189 (en el original inglés: *The foundations of Bioethics*, Oxford University Press Inc., New York 1986).
- 7 Sigerist HE: *Civilization and disease*, The University of Chicago Press, Chicago & London, 1943, p. 239.
- 8 Berlinguer G: "Welfare State e riforme sanitarie", nel vol. *Storia e politica della salute*, Franco Angeli, Milano 1991, pp. 219-242.
- 9 de Vita A: "O lugar dos direitos na moralidade politica", *Lua Nova* n° 30, 1993, pp. 5-34.
- 10 Guillon R. *Philosophical medical ethics*, John Wiley & Sons, New York, 1988, Cpt. 15.
- 11 Kiefer CW: "Militarismo e salute nel mondo", in *Cuamm Notizie*, gennaio-agosto 1992, pp. 83-87 (el artículo original ha aparecido en *Soc. Sci. Med.*, 1992, 34,7: 719-724).
- 12 Harris J: "La biotecnologia nel 2000, Wonderwoman & Superman", en *Bioetica*, n° 1, 1993, pp. 25-26. en la parte del artículo titulada "Risorse", Harris resume los conceptos por él expresados en otros trabajos: "More

-
- and better justice”, in Mendus S y Bells M (eds.): *Philosophy and medical welfare*, Cambridge University Press, 1988, pp. 75-97; “National Health = National Defence”, en *Issues in Focus*. August 1992.
- 13 Saracci R: “Pour en finir avec l’égalité face a la santé”. *Le Monde*, 10 ottobre 1990, p. 19.
- 14 Kickbusch I: *Is health part of the European Dream?* presentation at the conference Enlarging the European Community - Northern Europe. Reykjavik, 17-18 may 1993.