

Bochatey, Alberto G.

La calidad de vida y salud desde una antropología cristiana

Vida y Ética, Año 15, N° 2, diciembre 2014

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central “San Benito Abad”. Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Bochatey, Alberto G. “La calidad de vida y salud desde una antropología cristiana” [en línea]. *Vida y Ética*, 15.2 (2014). Disponible en:
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/calidad-vida-salud-antropologia.pdf> [Fecha de consulta:.....]

LA CALIDAD DE VIDA Y SALUD DESDE UNA ANTROPOLOGÍA CRISTIANA

Mons. Mg. Alberto G. Bochatey, OSA

- . Licenciado en Teología Moral (especialidad en Bioética), Academia Alfonsiana, Pontificia Universidad Lateranense, Roma, Italia
- . Master en Bioética. Instituto de Bioética, Universidad Sacro Cuore - Instituto para el Matrimonio y la Familia Giovanni Paolo II, Pontificia Universidad Lateranense, Roma, Italia
- . Director de la Revista "Vida y Ética" del Instituto de Bioética, Facultad de Ciencias Médicas, Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA)
- . Presidente del Instituto para el Matrimonio y la Familia (UCA)
- . Miembro correspondiente de la Pontificia Academia para la Vida, Ciudad del Vaticano
- . Académico, Academia Argentina de Ética en Medicina, Argentina.
- . Visitor Scholar, Center for Clinical Bioethics, Georgetown University, Washington, DC, USA
- . Colaborador del Instituto de Bioética, Universidad Sacro Cuore, Roma, Italia
- . Obispo Auxiliar de la Arquidiócesis de La Plata

Palabras clave

- . Calidad de vida
- . Promoción de la salud
- . Bien común
- . Educación en bioética

Key words

- . Quality of life
- . Health promotion
- . Common good
- . Education in bioethics

RESUMEN

Este trabajo examina con atento discernimiento los términos "calidad de vida" y "promoción de la salud" que identifican uno de los principales objetivos de las sociedades contemporáneas.

En el mismo se cita la encíclica *Evangelium vitae* que dice "La llamada 'calidad de vida' se interpreta principal o exclusivamente como eficiencia económica, consumismo desordenado, belleza y goce de la vida física, olvidando las dimensiones más profundas -relacionales, espirituales y religiosas- de la existencia" (n. 23).

Todas las dimensiones de la persona -la corpórea, la psicológica, la espiritual y la moral- han de promoverse en armonía. Esto supone la presencia de condiciones sociales y ambientales aptas para favorecer ese desarrollo armonioso.

En la actualidad la expresión "calidad de vida" no está fundada en una antropología filosófica y teológica, favoreciendo una noción restrictiva y selectiva.

En referencia al concepto de salud también ha sufrido una desviación análoga. Se debe proteger y cuidar la salud como equilibrio físico, psíquico y espiritual del ser humano.

ABSTRACT

This article makes a thorough analysis of the difference between the terms "life quality" and "health promotion" which identify the main objectives of contemporary societies.

It quotes the Encyclical *Evangelium vitae* which reads "The so called "life quality" is understood mainly or exclusively as the economic efficiency, the disorganized consumption and the enjoyment of beauty and physical life, ignoring deeper dimensions of our existence such as relational, spiritual and religious "(n.23)

All human aspects -body, mind, spirit and morals- have to be promoted in harmony. This means that social and environmental conditions have to be in place to support such harmonious development.

At present, the expression "life quality" is not grounded in a philosophical and theological anthropology thus favoring a restrictive and selective notion.

The concept of health has also suffered a similar deviation. Health must be protected and cared as a physical, psychological and spiritual equilibrium of human beings.

Se analiza, asimismo, el concepto de "bien común" en relación a la sociedad, la democracia y el trabajo de la política en la construcción del mismo.

En el texto se discute sobre la priorización de intervenciones de salud y se presentan posibles respuestas. Se muestran criterios de decisión al momento de distribuir recursos entre las distintas necesidades de salud, buscando definir principios éticos relevantes para una priorización de intervenciones.

The article also analyzes the concept of "common welfare" in relation to the society, the democracy and the role of politics to build it.

The text also deals with the prioritization of health interventions and puts forward possible answers.

Different criteria to make decisions about the distribution of resources among the various health needs are exposed in an attempt to define relevant ethic principles to prioritize the interventions.

INTRODUCCIÓN

El tema examinado en este congreso "El sistema de salud desde una mirada bioética" [1] es de máxima importancia ética y cultural tanto para las sociedades desarrolladas como para las que están en vías de desarrollo. Los términos "calidad de vida" y "promoción de la salud" identifican uno de los principales objetivos de las sociedades contemporáneas, planteando interrogantes no exentos de ambigüedad y, a veces, de trágicas contradicciones, por lo que requieren un atento discernimiento y una profunda clarificación.

En la encíclica *Evangelium vitae*, a propósito de la búsqueda cada vez más afanosa de la "calidad de vida" que caracteriza especialmente a las sociedades desarrolladas, se nos dice: "La llamada 'calidad de vida' se interpreta principal o exclusivamente como eficiencia económica, consumismo desordenado, belleza y goce de la vida física, olvidando las dimensiones más profundas -relacionales, espirituales y religiosas- de la existencia" (n. 23). Es en estas **dimensiones más profundas** donde hay que concentrar la atención para buscar una clarificación adecuada.

[1] Cfr. JUAN PABLO II: Mensaje a los participantes del Congreso sobre el tema "Calidad de vida y ética de la salud". 19 de febrero 2005.

1. Ante todo, se debe reconocer la **calidad esencial** que distingue a toda criatura humana por el hecho de haber sido creada a **imagen y semejanza** del Creador mismo. El hombre, constituido de cuerpo y espíritu en la unidad de la persona *-corpore et anima unus*, como dice la constitución *Gaudium et spes* (n. 14)-, está llamado a un diálogo personal con el Creador.

Por eso, posee una dignidad superior por esencia a las demás criaturas visibles, vivientes y no vivientes. Como tal, está llamado a colaborar con Dios en la tarea de someter la tierra (cf. *Gn 1, 28*) y en el designio redentor está destinado a poseer la dignidad de hijo de Dios.

Este nivel de **dignidad** y de **calidad** pertenece al orden ontológico y es constitutivo del ser humano; permanece en todos los momentos de la vida, desde el primer instante de la concepción hasta la muerte natural, y se realiza plenamente en la dimensión de la vida eterna. Por tanto, se debe reconocer y respetar al hombre en cualquier condición de salud, de enfermedad o de discapacidad.

2. Coherentemente con este nivel primero y esencial, de modo complementario, es necesario reconocer y promover un **segundo nivel de calidad de vida**: a partir del reconocimiento del derecho a la vida y de la dignidad peculiar de toda

persona, la sociedad debe promover, en colaboración con la familia y los demás organismos intermedios, las condiciones concretas para desarrollar armoniosamente la personalidad de cada uno, según sus capacidades naturales.

Todas las dimensiones de la persona -la corpórea, la psicológica, la espiritual y la moral- han de promoverse en armonía. Esto supone la presencia de condiciones sociales y ambientales aptas para favorecer ese desarrollo armonioso. Por tanto, el **contexto socio-ambiental** caracteriza este segundo nivel de calidad de la vida humana, que debe reconocerse a **todos los hombres**, incluso a los que viven en países en vías de desarrollo. En efecto, la dignidad de los seres humanos es igual, independientemente de la sociedad a la que pertenezcan.

3. Sin embargo, en nuestros días, el significado que la expresión "calidad de vida" está asumiendo progresivamente se aleja a menudo de esta interpretación básica, fundada en una recta antropología filosófica y teológica.

En efecto, bajo el impulso de la sociedad del bienestar, se está favoreciendo una noción de calidad de vida que es, al mismo tiempo, **restrictiva y selectiva**: consistiría en la capacidad de disfrutar y de experimentar placer, o también en la capacidad de autoconciencia y de parti-

cipación en la vida social. En consecuencia, se niega toda calidad de vida a los seres humanos que **aún no** son capaces de entender y querer, o a los que **ya no** son, o a quienes ya no pueden disfrutar de la vida como sensación y relación.

4. Una desviación análoga ha sufrido también el **concepto de salud**. Ciertamente, no es fácil definir en términos lógicos y precisos un concepto complejo y antropológicamente rico como el de salud. Pero es cierto que con este término se quiere hacer referencia a todas las dimensiones de la persona, en su armoniosa y recíproca unidad: la dimensión **corpórea**, la **psicológica** y la **espiritual y moral**.

Esta última dimensión, la moral, no puede descuidarse. Toda persona tiene una responsabilidad con respecto a su salud y a la de quien no ha llegado a la madurez o ya no tiene la capacidad de cuidar de sí mismo. Más aún, la persona está llamada también a tratar con responsabilidad el medio ambiente, de manera que sea "saludable".

¡De cuántas enfermedades, en sí mismas y en los demás, son responsables a menudo las personas! Pensemos en la difusión del alcoholismo, de la drogodependencia y del sida. ¡Cuánta energía vital y cuántas vidas de jóvenes podrían ahorrarse y mantenerse sanas si la res-

ponsabilidad moral de cada uno promoviera más la prevención y la conservación del valioso bien que es la salud!

5. Ciertamente, **la salud no es un bien absoluto**. No lo es. Sobre todo, cuando se la considera como simple bienestar físico, mitificado hasta coartar o descuidar bienes superiores, aduciendo razones de salud incluso para rechazar la vida naciente: esto es lo que sucede con la así llamada "salud reproductiva". ¿Cómo no reconocer en esto una concepción restrictiva y desviada de la salud?

En cualquier caso, entendida correctamente, sigue siendo uno de los bienes más importantes con respecto a los cuales tenemos una responsabilidad precisa, hasta tal punto que solo puede sacrificarse para alcanzar bienes superiores, como requiere, a veces, el servicio a Dios, a la familia, al prójimo y a la sociedad entera.

Así pues, se debe proteger y cuidar la salud como **equilibrio físico-psíquico y espiritual** del ser humano. Es una grave responsabilidad ética y social estropear la salud a consecuencia de desórdenes de varios tipos, por lo general relacionados con la degradación moral de la persona.

6. Es tan grande la importancia ética del bien de la salud, que motiva un fuer-

te compromiso de **tutela** y de **cuidado** por parte de la sociedad misma. Es un deber de solidaridad que no excluye a nadie, ni siquiera a los que por su propia culpa han perdido la salud.

En efecto, la dignidad ontológica de la persona es superior: trasciende incluso las conductas equivocadas y culpables del sujeto. Curar la enfermedad y hacer todo lo posible para prevenirla son tareas permanentes de cada uno y de la sociedad, precisamente como homenaje a la dignidad de la persona y a la importancia del bien de la salud.

En vastas zonas del mundo, la humanidad de hoy es víctima del bienestar que ella misma ha creado y, en otras partes mucho más vastas, es víctima de enfermedades difundidas y devastadoras, cuya virulencia deriva de la miseria y de la degradación ambiental.

Todas las fuerzas de la ciencia y de la sabiduría deben movilizarse al servicio del bien verdadero de la persona y de la sociedad en las diversas partes del mundo, a la luz del criterio de fondo que es la *dignidad de la persona*, en la que está grabada la imagen misma de Dios.

“La Iglesia alaba y estima la labor de quienes, al servicio del hombre, se consagran al bien de la cosa pública y aceptan el peso de las correspondientes responsabilidades”. [2] Sin el trabajo de los políticos, tanta veces ingrato, no sería posible la construcción del bien común. Al mismo tiempo hay que decir que el fundamento y la razón de ser de la autoridad política, así como la justificación moral de su ejercicio, en el gobierno y en la oposición, es la defensa y la promoción del bien del conjunto de los ciudadanos, respetando los derechos humanos, favoreciendo el ejercicio responsable de la libertad, protegiendo las instituciones fundamentales de la vida humana, como la familia, las asociaciones cívicas, y todas aquellas realidades sociales que promueven el bienestar material y espiritual de los ciudadanos, entre las cuales ocupan un lugar importante las comunidades religiosas. Ese servicio al bien común es el fundamento del valor y de la excelencia de la vida política. Todo ello se deteriora cuando las instituciones políticas centran el objetivo real de sus actividades no en el bien común, sino en el bien particular de un grupo, de un partido, de una determinada clase de personas, tratando para ello de conseguir el poder y de perpetuarse en él. [3] Las ideologías no pueden sustituir nunca al servi-

[2] CONCILIO VATICANO II, Constitución pastoral *Gaudium et spes*, 75.

[3] CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA: *Instrucción Pastoral* de la 88ª Asamblea Plenaria, pp. 57-58.

cio leal de la sociedad entera en sus necesidades y aspiraciones más reales y concretas: "El valor de la democracia se mantiene o cae con los valores que encarna y promueve: son fundamentales e imprescindibles, ciertamente, la dignidad de cada persona, el respeto de sus derechos inviolables e inalienables, así como considerar 'el bien común' como fin y criterio regulador de la vida política". [4]

Conviene recordar lo que entendemos por bien común: se trata del "conjunto de condiciones de la vida social que hacen posible a las asociaciones y a cada uno de sus miembros el logro más pleno y más fácil de la propia perfección". [5] Por tanto, "el bien común no consiste en la simple suma de los bienes particulares de cada sujeto social. Siendo de todos y de cada uno, es y permanece común, porque es indivisible y porque solo juntos es posible alcanzarlo, acrecentarlo y custodiarlo, también en vistas al futuro. El bien común se lo puede entender como la dimensión social y comunitaria del bien moral". [6]

Una sociedad que en todos sus niveles quiere permanecer intencionalmente al servicio del ser humano es la que se pro-

pone como meta prioritaria el bien común, en cuento bien de todos los hombres y todo hombre. La persona no puede encontrar plenitud solo en sí misma, prescindiendo de su ser 'con' y 'para' los otros. Ninguna forma expresiva de la socialidad (familia, grupo social intermedio, asociaciones, empresas, ciudad, región, Estado, comunidad de pueblos y naciones todas) puede eludir la pregunta sobre su propio bien común que es constitutivo de su significado y auténtica razón de su propio ser. [7] El bien común compromete a todos los miembros de la sociedad, según sus capacidades, para alcanzarlo y desarrollarlo. El bien común exige superar visiones reductivas subordinadas a ventajas de parte para alcanzar una responsabilidad grande y de vasto horizonte. El bien común se condice con las inclinaciones más elevadas de la persona; es un bien arduo de obtener porque exige la capacidad y la búsqueda constante del bien del otro como si fuese el propio.

Cada país tiene la tarea de armonizar con justicia los diversos intereses sectoriales. La correcta conciliación de los bienes particulares de los grupos y de las personas, será una de las funciones más

[4] JUAN PABLO II, Carta encíclica *Evangelium vitae*, 70.

[5] CONCILIO VATICANO II, Constitución pastoral *Gaudium et spes*, 26.

[6] *Compendio de la Doctrina Social de la Iglesia*, 164.

[7] Cfr. *Ibid.*, p.165.

delicadas de los responsables y los poderosos. El principio de subsidiariedad está a la base de un auténtico crecimiento social y también del respeto a la vida física. La sociedad civil es el conjunto de relaciones individuales y de sociedades intermedias, que se realizan en forma originaria y gracias a la subjetividad creativa del ciudadano. La red de estas relaciones inerva el tejido social y constituye la base de una verdadera comunidad de personas, haciendo posible el bien común y una forma más elevada de socialidad. [8]

DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS EN SALUD Y BIEN COMÚN

¿Por qué es necesario establecer prioridades respecto a qué intervenciones han de ser otorgadas a una población? ¿Acaso no basta con decidir otorgar las intervenciones que sean necesarias? Y, si es necesario limitar las intervenciones disponibles, ¿cómo deberíamos decidir qué intervenciones han de tener prioridad sobre otras? ¿Acaso no basta con dar preferencia a aquellas intervenciones que produzcan más beneficios a un menor costo? [9] Estas

preguntas surgen de una discusión que ha estado presente desde hace varias décadas pero que ha adquirido mayor fuerza durante los últimos años: Cada vez hay mayor cantidad y diversidad de intervenciones de salud que se pueden ofrecer a una determinada población, y dichos números y diversidad crecen con más rapidez que lo que lo hacen los recursos disponibles para destinar a la salud. El problema de recursos limitados y opciones (en teoría) sin límites en las cuales es posible invertirlos se presenta tanto si se adopta un enfoque *exhaustivo* de atención de la salud (se busca dar cumplimiento a un derecho a la salud y otorgar "todas las intervenciones necesarias") como si el enfoque de atención de la salud es *selectivo* (y se busca garantizar la provisión de un listado de intervenciones esenciales).

En este texto integramos elementos esenciales a la discusión sobre priorización de intervenciones de salud y presentamos respuestas que se han propuesto para responder a dos preguntas esenciales para esta discusión: (1) ¿Por qué establecer prioridades?, y (2) si necesitamos establecer prioridades, ¿cómo podemos hacerlo de manera justa?

[8] Cfr. *Compendio de la Doctrina Social de la Iglesia*, 185-187.

[9] Para esta parte del trabajo, Cfr.: Documento de trabajo de OPS elaborado por Daniel Morali de la Brena (Universidad de Harvard) durante una pasantía en el Programa Regional de Bioética de la OPS, y con la asesoría de Carla Saenz (Programa Regional de Bioética de OPS). Marzo 2013.

No es posible ofrecer todas las intervenciones de salud a toda la población

- El número y tipo de intervenciones posibles crece constantemente, pero los recursos disponibles para salud tienen un límite.

- Esto es así tanto si se busca garantizar el cumplimiento de un derecho a la salud (ofreciendo "todas las intervenciones necesarias") como si se quiere financiar solo un "paquete esencial" de intervenciones.

Los métodos basados solo en el balance de costos y beneficios no bastan

- Muchas veces, el "número de vidas que se pueden salvar" no es el único criterio relevante.

- Es posible tener buenas razones para preferir una intervención sobre otra con igual (o incluso mayor) relación costo-beneficio y para dar trato preferencial a algunos grupos sobre otros.

- La selección de criterios de priorización implica decisiones sobre la distribución de beneficios, y requiere de una deliberación ética respecto a quién debería ser beneficiado y por qué.

No existe una sola "respuesta ética"

- La deliberación ética puede originar principios que entran en conflicto unos con otros.

La alternativa: establecer un proceso justo de priorización de intervenciones

- Garantizar un proceso justo permite incorporar consideraciones éticas, tomar en cuenta diferentes perspectivas y ofrecer razones aceptables para quienes "salen perdiendo" a causa de las decisiones.

"¿Para qué nos alcanza?"

El problema de contar solo con recursos limitados para cubrir necesidades (en la práctica) sin límites no es un problema exclusivo de contextos de **presupuestos escasos** o de países "en vías de desarrollo" o del "tercer mundo". Por ejemplo, incluso en un país con recursos abundantes, el personal de salud disponible en un lugar y un momento determinados solamente puede atender cierto número de pacientes dentro del limitado número de horas que tiene cada día, por lo que será necesario limitar el recurso (consultas diarias) de alguna forma (por ejemplo, según el criterio de quién solicita consulta primero). A la vez, este problema no se limita al contexto de los **servicios de salud**. Todo país

tiene que decidir cómo distribuir su presupuesto entre distintas necesidades, sean éstas de seguridad, salud o educación.

Finalmente, este tampoco es un problema exclusivo del contexto de **servicios públicos**. Cualquier familia enfrenta decisiones de asignación de recursos limitados independientemente de cuáles específicamente sean sus necesidades, preferencias y recursos disponibles. Por ejemplo, la relación entre recursos disponibles y opciones para invertirlos puede ir desde contar con un salario mínimo para distribuir entre alimentación, transportación, y esparcimiento, hasta contar con abundantes recursos económicos pero, por ejemplo, tiempo limitado para repartirlo entre trabajo, vacaciones y recreación. En cada uno de estos contextos, los criterios (y las objeciones) a considerar al distribuir recursos serán distintos.

Así, es claro que no es posible proveer todas las **intervenciones** de salud que tienen una buena **relación costo-beneficio** para todas las **necesidades** de salud de todas las **personas** que podrían (o tendrían derecho a) recibir atención a la salud. El siguiente caso ejemplifica el problema de recursos limitados al intentar crear un paquete de intervenciones esenciales para otorgarlo a toda la población.

La selección basada solo en la relación costo-beneficios no basta:

En el contexto de un sistema de salud, es claro que es preferible "producir" un mejor estado de salud en más personas por más tiempo que hacerlo en menor medida y por menos tiempo. Y si lo podemos hacer a un menor costo, mejor aún: ahorrar recursos en un área de la atención de la salud podría permitir contar con más recursos para proveer más intervenciones en otra. [10] Entre las intervenciones disponibles, algunas llevarán a un mejor estado de salud a un menor costo en comparación con otras. Sin embargo, como ya se discutió anteriormente, no es posible proveer todas las intervenciones de salud con una alta relación costo-beneficio (que generan grandes beneficios a bajo costo) para todas las necesidades de todas las personas.

De esta forma, generalmente habrá que tomar alguna(s) de las siguientes decisiones: proveer solo algunas intervenciones de salud, proveer intervenciones solo para algunas de las necesidades de salud, y/o proveer intervenciones solo para algunas de las personas en la población.

Por ejemplo, un método que se podría usar para tomar este tipo de decisiones

[10] Ver, por ejemplo, la discusión sobre eficiencia en DANIELS (2008).

consistiría en contrastar una intervención de salud con otra (o con la ausencia de intervención alguna) dentro de una tabla que compare el costo y la efectividad de las alternativas.

Si una intervención es más costosa y menos efectiva que la alternativa (cuadrante I), este método indica que la intervención no debería ser seleccionada. En contraste, si la intervención es menos costosa y más efectiva (cuadrante IV), sí debería ser seleccionada. Y si la intervención es tanto más (o menos) costosa como efectiva (cuadrantes II y III, respectivamente), la decisión "correcta" no es tan evidente.

Otro método de selección de intervenciones podría consistir en ordenar las intervenciones que se pueden otorgar de acuerdo a su relación costo-beneficio, dando preferencia a aquellas intervenciones que producen mayor beneficio a menor costo (por ejemplo, menos dólares invertidos para generar mayor reducción de mortalidad o menor pérdida de años de vida saludables). Posteriormente, se seleccionan las intervenciones comenzando con aquellas que tienen la mayor relación costo-beneficio hasta que el costo estimado de proveer las intervenciones seleccio-

nadas alcanza el límite fijado por los recursos con los que se cuenta.

Estos enfoques permiten "maximizar los beneficios" promedio en la población dados los recursos disponibles, pero este enfoque *maximizador* enfrenta un problema: no está claro que "maximizar beneficios" sea el único objetivo de los sistemas y las instituciones de salud. [11] Otro objetivo que se contrapone al *enfoque maximizador* podría ser el de garantizar un nivel mínimo de salud a todos los individuos de la población. Así, la priorización de intervenciones guiada por criterios de carácter económico-técnico (relación costo-beneficio, capacidad de provisión) enfrentan diversas objeciones en tanto que no toman en cuenta otros criterios éticos, por ejemplo, la magnitud de los efectos de las intervenciones en grupos (o individuos) específicos, [12] que han sido considerado relevantes para el establecimiento de prioridades:

1) *Quiénes se benefician de la intervención.* Es posible tener razones para querer dar trato preferencial en general a algunos grupos sobre otros, por ejemplo, buscando beneficiar a aquellos en situación de vulnerabilidad: si dos grupos

[11] Ver, por ejemplo, BRÜLDE (2011), pp. 20-26.

[12] BROCK (2004).

recibirán el mismo incremento en nivel de salud (por ejemplo, "5 años de vida saludable"), es posible querer dar prioridad al grupo que está en una peor situación inicial (por ejemplo, al que tiene una esperanza de vida más corta). Por otra parte, aunque se desee proveer una intervención de salud a toda la población, en la práctica los beneficios pueden extenderse solo a ciertos grupos, por ejemplo, a quienes tienen la capacidad de acceder a los servicios (por ejemplo, quienes pueden leer un instructivo, quienes viven más cerca de una clínica, o quienes pueden pagar el costo de los servicios de salud y/o de transportación). De esta forma, la intervención puede estar "maximizando" el estado de salud de un grupo de personas pero no el de otras quienes, vistos desde una perspectiva de necesidades de salud, pueden tener mayor necesidad (por ejemplo, porque al vivir más lejos de una clínica tienen un peor nivel basal de salud) aun cuando tengan el mismo derecho a ser beneficiados por las intervenciones ofrecidas por el sistema de salud. Unidades de medición como tasa de mortalidad o años de vida ajustados por calidad o discapacidad no permiten hacer estas distinciones.

2) *En quiénes tiene mayor efecto la intervención.* Además de existir razones para favorecer a un grupo en general, cuando se consideran intervenciones específicas también es posible querer otorgar éstas a algunos grupos en parti-

cular, por ejemplo, para quienes la intervención puede ser más necesaria o particularmente efectiva en comparación con otros grupos. Si se evalúa el beneficio promedio en toda la población (por ejemplo, efecto sobre la relación peso-estatura en niños menores de cinco años) y no solo en la población objetivo (niños en familias de nivel socioeconómico bajo), una intervención (por ejemplo, apoyo nutricional) puede parecer tener menor relación costo-beneficio que la que en realidad tiene.

De manera similar, al evaluar los efectos en distintas poblaciones, una intervención puede parecer tener menor efecto en un grupo de personas debido a la presencia de una condición asociada (por ejemplo, si una discapacidad disminuye la efectividad de la intervención). El balance de costo beneficio resultante sugeriría que otorgar la intervención a este grupo tendría menor prioridad, aun cuando el grupo (ya de por sí en una situación de desventaja en comparación con otros) de todos modos podría beneficiarse de recibir la intervención.

3) *Cuáles son las probabilidades individuales de beneficiarse de la intervención.* Es posible que una intervención tenga distintas probabilidades de tener un determinado efecto en distintas personas. Por ejemplo, una intervención puede prevenir al 100% una muerte en

una persona *A*, mientras que en otra persona *B* puede reducir el riesgo de morir en un 90%. Con base en un balance de costos y beneficios, *A* debería recibir la intervención por sobre *B*. Sin embargo, *B* podría objetar que es injusto que la pequeña diferencia entre probabilidades de supervivencia determine que se le prive de ser la persona cuya vida se trate de salvar si no es posible otorgar la intervención de salud a ambos. [13]

Priorizar intervenciones solo con base en un balance de costo-beneficio implica que quienes de por sí están en una situación de desventaja (por tener una menor probabilidad de mejorar al recibir una intervención) tengan además una menor probabilidad de recibir la intervención.

4) *Cuál es la magnitud del efecto de la intervención a nivel individual.* Otra consideración a nivel individual del enfoque en beneficios a nivel poblacional es que éste no permite distinguir entre pequeñas mejoras de salud (por ejemplo, disminuir un dolor de cabeza) que benefician a muchas personas y grandes mejoras de salud (por ejemplo, salvar una vida) que benefician a un número reducido de personas.

En términos solo de balance entre costos y beneficios, no hay una diferencia entre "ganar", digamos, 10 "años de vida" para 5 personas y ganar 5 "años de vida" para 10 personas (50 "años de vida" en total en ambos casos). Esto es problemático cuando las dos opciones corresponden a intervenciones para condiciones con muy distinto grado de letalidad (número de muertes que causa) y prevalencia (número de personas que la presentan). Por ejemplo, la caries dental tiene alta prevalencia pero muy baja letalidad, mientras que los cuadros de apendicitis tienen una baja prevalencia pero muy alta letalidad. El costo de proveer un beneficio (por ejemplo, "ganar" un determinado número de años ajustados por discapacidad) al dar tratamiento a un cuadro de apendicitis puede ser mayor que el costo de proveer un beneficio equivalente (el mismo número *agregado* de años ajustados por discapacidad) al dar tratamiento a cientos de casos de caries. Basar la elección entre ambas alternativas en este balance de costos y beneficios implica que no se "salvarán las vidas" que se podrían "salvar" dando tratamiento a casos de apendicitis. Por el contrario, al decidir qué mejoras del estado de salud es preferible otorgar, parece razonable querer incor-

[13] Ídem.

porar otros criterios (como severidad de la condición a nivel individual) además del *promedio* de "ganancias" en salud.

Al no considerar estos criterios de manera explícita, la priorización de intervenciones con base en la *maximización del promedio* de determinados indicadores de salud promedio suele dar lugar a un racionamiento implícito de intervenciones basado en una mezcla de criterios más cuestionables como:

1) *Capacidad de pago*. Cuando los servicios de salud están sujetos al pago de cuotas, se excluye de acceder a los servicios a quienes no pueden pagar por ellos.

2) *Ubicación geográfica*. Se excluye de acceder a los servicios de salud a quienes no pueden transportarse con suficiente facilidad al lugar donde se otorgan los servicios.

3) *Derechohabiencia ("entitlement")*. Se excluye de los servicios de salud a quienes no están inscritos en un programa o no han adquirido un seguro, independientemente de su necesidad de recibir atención.

4) *Educación y conocimiento de los propios derechos como paciente*. Se excluye de los servicios de salud a quienes no están enterados de sus derechos y de sus opciones en tanto que no pueden exigir el cumplimiento de sus derechos y decidir qué opciones consideran preferibles o incluso aceptables.

5) *Contexto social*. Se excluye de acceder a ciertos servicios de salud a quienes se considera que no cuentan con una red de apoyo social adecuada (porque no cuentan con cuidadores o con grupos de apoyo para condiciones o adicciones). Algunos trasplantes de órganos se racionan de esta forma.

Principios éticos de priorización

Con el objeto de establecer criterios de decisión más exhaustivos al momento de distribuir recursos entre distintas necesidades de salud, distintas instituciones de salud han buscado definir principios que han considerado relevantes para una priorización de intervenciones más éticamente aceptable, como:

a) *Necesidad*, [14] *severidad* o *urgencia*. [15] En este contexto, *necesidad* se

[14] SABIK y LIE (2008).

[15] Ver, por ejemplo, KAMM (2002).

refiere a si la intervención produce algún beneficio médico en general, mientras que *severidad* se refiere al riesgo que tiene quien presenta una condición de fallecer a causa de ésta, y *urgencia* se refiere al requerimiento de dar atención pronta (en contraste con poder retrasar la atención) a una condición para evitar otras complicaciones como discapacidad o muerte.

b) *Cumplimiento con un estándar de atención, universalidad de cobertura, [16] mismo valor como humano. [17]* Estos principios se relacionan con la idea de dar un trato "justo", ya sea en el sentido de tratar a individuos similares (en esencia) de manera similar o en el de tratarlos "como es debido".

Cumplir con un determinado *estándar de atención* y mantener la *universalidad de cobertura* de una condición implican proveer cierto tipo de atención a todas las personas que la necesiten, independientemente de otros criterios (por ejemplo, ubicación geográfica o capacidad de pago). El reconocer el *mismo valor como humanos* entre diversos individuos (así como el garantizar el

respeto a los derechos humanos) hace referencia a reconocer que, debido a una característica intrínseca a su calidad de humanos (generalmente llamada "dignidad humana"), los individuos tienen derecho a ser tratados de cierta forma (por ejemplo, dándoles el mismo trato que a otros o preservando su autonomía).

c) *Autonomía. [18]* Por un lado, el tener influencia sobre los procesos de selección de intervenciones promueve que distintos grupos de la población puedan determinar los procesos que los afectan. La imposición de decisiones por parte de las autoridades muchas veces es considerada problemática, incluso cuando las decisiones favorecen a los individuos (en cuyo caso se habla de *paternalismo*).

Por otro lado, las propias intervenciones seleccionadas pueden favorecer u obstaculizar el ejercicio de autonomía a nivel individual. Por ejemplo, ser o no elegible para una intervención que resulta en la recuperación de cierto nivel de salud puede significar que un individuo recupere (o no) la capacidad de llevar su vida de manera independiente. [19]

[16] Ver, por ejemplo, DANIELS et al (2010), donde se les consideró como criterios para decidir sobre la expansión de lavacuna antineumocócica en México.

[17] Ver, por ejemplo, SABIK y LIE (2008).

[18] Ver, por ejemplo, Nuffield Council on Bioethics (2011).

[19] Ver, por ejemplo, la discusión de DANIELS sobre por qué la salud tiene particular importancia moral (2008), pp. 57-58.

d) *Beneficios adicionales, externalidades* [20] o *costo individual vs. social*. [21] Muchas veces, el otorgar una intervención a un individuo puede tener efectos sobre otros individuos: por un lado, vacunar a una persona puede proteger a otras; por otro lado, la recuperación de la función en una persona puede beneficiar a la sociedad en su conjunto. En el primer caso, el vacunar a un número suficiente de personas puede proteger al resto de la comunidad debido a una reducción en la posibilidad de entrar en contacto con una persona infectada ("inmunidad colectiva", o *herd immunity*). Así, el beneficio real de vacunar a una parte de la población (por ejemplo, el 90%) es la protección del 100% de la población (la protección de la población no vacunada es una *externalidad positiva*). Y puesto que el efecto real de vacunar solamente al 90% de la población es el mismo que el de vacunar a toda la población, el costo total (número de vacunas X costo unitario) por unidad de beneficio (protección del 100% de la población) es menor que si fuera necesario otorgar la misma intervención al 100% de la población. Una condición puede limitar no solamente la capacidad funcional individual sino también la capacidad productiva, y con esto, sus ingresos (y los de sus

dependientes) y su aportación a la economía de la comunidad. Así, una política de salud (por ejemplo, que beneficia en mayor proporción a personas en edad laboral) podría tener efecto no solo sobre la "esfera" de la salud poblacional sino también sobre la "esfera" económica de la sociedad.

Esta no es una lista exhaustiva; existe una gran diversidad de principios éticos que orientan a los criterios de tipo económico-técnico en la elaboración de marcos de priorización de intervenciones de salud.

Los principios éticos no proveen una respuesta definitiva

Como se ha discutido anteriormente, los criterios de tipo técnico y económico requieren ser complementados con principios éticos que permitan identificar la distribución de costos y beneficios en la población. Sin embargo, la mera inclusión de principios éticos no constituye una "fórmula" que determine automáticamente cómo priorizar intervenciones. No solo algunos principios entran en conflicto con otros, sino que además distintos grupos de personas dan mayor

[20] BROCK (2004).

[21] Ver, por ejemplo, SABIK y LIE (2008).

importancia a distintos principios en distintas circunstancias. Sin embargo, aunque no resuelvan por sí solos las controversias que puedan surgir (a quién(es) favorecer; cuándo, cómo y en qué medida hacerlo; entre otros), los principios éticos ponen en evidencia qué disyuntivas éticas surgen de distintos esquemas de priorización de intervenciones.

Por un lado, distintos principios pueden entrar en conflicto unos con otros, y no queda claro cómo jerarquizarlos para decidir de forma definitiva cuáles deben tener precedencia sobre otros. Por ejemplo, las consideraciones de *externalidades* y *beneficio* (o costo) *social* pueden ser problemáticas cuando se contraponen al principio de dar *igual trato* a las personas: Es posible alegar que el considerar el beneficio social de algunas personas puede implicar tanto

a) verlas como "medios" para beneficiar a otros; como

b) excluir a otras personas simplemente porque carecen de ciertos atributos que deberían ser éticamente irrelevantes (por ejemplo, contar con dependientes o trabajar en un área "útil para la sociedad"). [22]

Por otro lado, la importancia relativa de cada principio (excepto el valor fundamental a la vida) puede variar de acuerdo a las circunstancias específicas. Siguiendo con el ejemplo anterior, en algunas circunstancias (por ejemplo, en una campaña de vacunación) puede ser legítima la evaluación de una intervención con base en su beneficio total para la sociedad, incluso si la implementación conlleva cierto riesgo para algunos individuos.

Finalmente, distintos grupo sociales pueden asignar distinta importancia a distintos principios.

Algunos grupos pueden tener una u otra doctrina de vida o cosmovisión, de modo que mientras que algunos grupos pueden enfocarse más hacia las circunstancias que afectan a cada individuo, otros grupos pueden dar mayor importancia a la perspectiva de la comunidad como una unidad. Esta falta de consenso respecto a la importancia relativa de distintos principios éticos en este contexto está íntimamente relacionada con una pregunta cuya respuesta es bastante compleja: "*¿cuál es el objetivo del sector salud?*" Comúnmente, la respuesta puede incluir varios objetivos disímiles, como: *maximizar* el estado de salud (*ya sea pro-*

[22] BROCK (2004).

medio o total) de la población, garantizar un *mismo* nivel de salud a *todos* los individuos en la población, *minimizar* las *desigualdades* de estados de salud (o al menos hacerlo con las *inequidades*, aquellas desigualdades que son injustas), entre otras. [23] De esta forma, la importancia que se dé a unos u otros criterios de evaluación ética dependerá de cuáles se considere que sean los objetivos del sistema de salud en particular. Por ejemplo, un sistema de salud más enfocado en maximizar el nivel promedio de salud de la población podría dar mayor importancia a agregar beneficios en el grueso de la población que a garantizar un determinado nivel de salud a cada individuo.

Dada la divergencia de los principios que pueden justificar uno u otro esquema de priorización, los análisis de tipo ético muchas veces solo logran resaltar cuándo existe una oposición entre criterios éticos e identificar si dichos criterios son moralmente justificables; el análisis ético no resuelve la oposición entre criterios por lo demás justificables. Sin embargo, los principios éticos de priorización no solo deben reflejar las "preferencias" que una determinada comunidad tiene respecto a la distribución de cargas y beneficios, sino que también

deben estar abiertos a evaluación moral respecto a si son defendibles como justos o no. [24] Por ello, para responder a las disyuntivas éticas que surgen en la priorización de intervenciones, en vez de intentar jerarquizar los principios éticos que entren en conflicto, una alternativa sería *establecer un proceso justo de deliberación sobre las decisiones de priorización de intervenciones*.

A falta de consenso, un proceso de deliberación que sea justo

Puesto que muchas veces no es posible llegar a un consenso respecto a qué importancia deben tener distintos principios para establecer prioridades de salud, muchas veces se recurre a un proceso de deliberación. Pero para que éste pueda ser considerado como justo (a pesar de no beneficiar -y muchas veces perjudicar- a algunos), al menos debería ser posible justificar las decisiones que se tomen ante todas las partes que se verán afectadas. Esto significa que las razones en las que se basen las políticas de priorización de intervenciones deben poder ser:

a) defendidas por los tomadores de decisiones ante todos los afectados; y

[23] BRÛLDE (2011).

[24] DANIELS (2008), p. 116.

b) reconocidas por (grupos de) personas "*razonables*" como bases relevantes de decisión. [25]

Por ejemplo, un marco de evaluación de intervenciones de salud pública propuesto por el Consejo de Nuffield sobre Bioética (una organización no gubernamental británica que se dedica al análisis ético de las controversias derivadas de los avances biomédicos) para resolver disyuntivas entre salud poblacional y libertad individual (por ejemplo, en el caso de una campaña de vacunación) estipula que, a mayor intervención del Estado en las libertades individuales, mayor peso debe tener la argumentación de los tomadores de decisiones ante el público sobre por qué la intervención propuesta es necesaria. [26]

En el caso de los procesos de deliberación para priorizar intervenciones de salud, el marco de criterios que cuenta con mayor sustento ético/filosófico -llamado *Accountability for Reasonableness* ("rendición de cuentas sobre la sensatez", o A4R, por su abreviatura en inglés)- para definir si un proceso de priorización es "justo" establece cuatro condiciones con las que deberían cumplir los argumentos en los que se basan las deliberaciones sobre prio-

rización de intervenciones: a) Publicidad; b) Relevancia; c) Revisabilidad/Apelación; y d) Regulación/Cumplimiento. [27]

De acuerdo a este marco, el que un proceso de deliberación sobre priorización de intervenciones cumpla con los criterios de *publicidad, relevancia, revisabilidad y regulación* dará como resultado decisiones más justas de distribución de beneficios (y cargas) porque las decisiones deben de ser tomadas con base en argumentos que todos los grupos interesados puedan reconocer como válidos, aún si no todos concuerdan con todos los argumentos.

El que los argumentos en que se basan las decisiones de priorización deban poder ser *evaluadas por el público* ("*Publicidad*") favorece, por un lado, que los tomadores de decisiones consideren a fondo todos los argumentos disponibles y decidan en función solo de aquellos argumentos que sean *relevantes*, esto es, que deriven de principios (técnicos, éticos, entre otros) que puedan ser defendidos como *válidos* ante toda la población involucrada ("*Relevancia*"). Por el otro lado, el carácter *público* de las razones consideradas durante el proceso de priorización permite que distintos grupos reconozcan que,

[25] Ver, por ejemplo, DANIELS (2008), pp. 109-117.

[26] Nuffield Council on Bioethics (2007).

[27] DANIELS (2008), pp. 117-9.

aunque no serán beneficiados por la decisión (o inclusive serán perjudicados por ella), existen *razones de fondo* (nuevamente, "*Relevancia*") que justifican tal trato diferencial entre ellos y quienes sí son beneficiados. Como complemento a los criterios de *publicidad* y *relevancia*, el que las decisiones tomadas deban poder ser *revisadas* permite que las políticas propuestas puedan, sean modificadas en caso de que surja nueva evidencia o de que se presenten nuevos argumentos o puntos de vista (o incluso consecuencias) relevantes que no fueron considerados durante el proceso original y que justifican que se intente resolver la disyuntiva original de manera distinta ("*Revisabilidad/Apelación*").

Finalmente, el establecer mecanismos formales de *cumplimiento* de los criterios anteriores, por ejemplo, estableciendo canales para interponer querellas contra los tomadores de decisiones ("*Regulación/Cumplimiento*") ayudará a que los criterios de *publicidad*, *relevancia* y *revisión* se cumplan.

De esta forma, el establecer un proceso de deliberación basado en una "rendición de cuentas sobre la sensatez" de las decisiones de *priorización* permitiría no solo que se incorporen muy distintos tipos de criterios a las decisiones, sino

que además se consideren los argumentos que pueden respaldar intervenciones que favorezcan a grupos vulnerables o históricamente reprimidos, los cuales de otra forma podrían carecer de poder político o económico para hacer valer sus propias necesidades.

Poniendo en práctica un proceso justo de priorización

Los criterios de *Publicidad*, *Relevancia*, *Apelación*, y *Cumplimiento* de A4R pueden ser utilizados en diversos contextos para evaluar decisiones de *priorización* de intervenciones de salud, ya sea que se esté evaluando expandir cobertura, introducir infraestructura o ampliar recursos (materiales o humanos) disponibles, independientemente de si las instituciones que proveen los servicios de salud son públicas o semi-públicas o si son manejadas por entidades privadas. En cualquiera de estos casos, los criterios de A4R reforzarán la legitimidad de las prioridades de asignación de recursos establecidas por las estructuras de toma de decisión.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que la traducción del marco de A4R de la teoría a la práctica es en parte todavía una "obra en construcción". Si bien este marco ha sido implementado en unos

casos con éxito para seleccionar intervenciones o poblaciones a tratar, [28] su efectividad se ha visto obstaculizada en otros casos por las estructuras de toma de decisión ya existentes [29] -que es justo donde mayor impacto debería tener-, en su papel de herramienta para integrar procesos justos de deliberación a las instituciones de salud. En parte, se cree que, para que el marco de A4R pueda tener suficiente efectividad, se requiere agregar un criterio adicional, el de empowerment, esto es, que las instituciones busquen activamente empoderar a los grupos involucrados (y particularmente a los grupos más vulnerables), reconociendo y limitando el gradiente de poder político que pueda existir entre los distintos grupos que pueden influenciar el proceso de priorización. [30]

De cualquier forma, lo que es un hecho es que los recursos disponibles para cubrir necesidades de salud siempre serán escasos, y hay una gran diversidad de criterios que influyen en las decisiones sobre cómo distribuir tales recursos. Y

dado que no ha sido posible crear un marco que permita integrar los distintos criterios y ordenarlos de manera aceptable para todos, en su lugar se ha buscado implementar procesos de deliberación que permitan incorporar más criterios relevantes a los procesos de priorización de intervenciones. Pero para que un proceso de deliberación sea un procedimiento justo y legítimo para establecer prioridades de salud, las decisiones deben ser tomadas con base en criterios relevantes y que representen los intereses de todas las partes involucradas. Un marco de criterios con sustento ético/filosófico, como es el marco de A4R, puede ayudar a establecer mejores procesos de priorización de intervenciones: los procesos de deliberación, para ser justos, deben estar basados exclusivamente en argumentos relevantes y necesitan ser complementados con mecanismos de revisión de las decisiones que además permitan responsabilizar a los tomadores de decisión de las políticas que implementen, para de esta forma favorecer que todos los grupos afectados puedan defender sus propios

[28] Por ejemplo, el marco de A4R ha sido utilizado por las autoridades mexicanas para seleccionar qué intervenciones serán cubiertas por medio de un fondo para gastos catastróficos y por la Organización Mundial de la Salud para seleccionar beneficiarios de un programa de expansión de tratamiento antirretroviral contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en países con alta prevalencia. Ver DANIELS (2008) pp. 275-96.

[29] Por ejemplo, un estudio nacional en Tanzania encontró que, si bien el marco de A4R era percibido por los tomadores de decisión como una herramienta "útil para fortalecer la transparencia, la responsabilidad de los tomadores de decisiones y la integración de todas las partes interesadas", resultó complicado aplicarlo con éxito en las estructuras más locales del sistema de salud debido a dinámicas de poder existentes de antemano entre los distintos actores. Ver: MALUKA (2011).

30] GIBSON, MARTIN y SINGER (2005).

argumentos relevantes independientemente del poder político o económico que puedan tener.

CONCLUSIÓN

Creo que la respuesta en el contexto del bien común y la pobreza, no puede ser otra que la de un *personalismo ontológicamente fundado*, ya que "cuando se abandona este realismo ontológico y, por influencias de diversas corrientes de pensamiento, se pasa al idealismo, al inmanentismo, al psicologismo, al existencialismo, etc., surge..., una endeble concepción de la persona, fundada en criterios puramente accidentales. Tal noción de persona no puede responder a los graves desafíos a los que la exponen los grandes interrogantes bioéticos contemporáneos. Solamente una fundamentación ontológica de la persona puede responder efectivamente a una cultura de la vida..., pues es la única que no reduce a la persona a sus actos específicos, sino que acepta la existencia de la persona, en tanto sustancia, cuando sus actos aún no reflejan todas sus capacidades, por falta de desarrollo (embrión) o cuando sus capacidades ya

desarrolladas no pueden expresarse (dis-capacidad física o intelectual)." [31]

El compromiso debe ser el de *la educación en Bioética* aprovechando la riqueza del *Corpus Vitae* del Magisterio de la Iglesia, a todos los niveles. Día a día crece la demanda de la Bioética, y debemos responder desde la educación en las escuelas, especialmente las secundarias, en la Universidad tanto a nivel de grado como de posgrado; siendo necesaria una perseverancia serena para que la Bioética sea incorporada en la currícula, especialmente a nivel de grado. En los Seminarios y Facultades de Teología: en algunos países, las Conferencias Episcopales (Ejemplo: en su Directorio para los Seminarios, la Conferencia Episcopal manda un semestre académico de Bioética) o algunos Obispos ya han indicado la necesidad de la materia o cursos de Bioética, pero su aplicación aún encuentra dificultades. Los Comités Hospitalarios y de Investigación: participar y hacer presente la palabra que defienda la persona, el bien común y no solo sus derechos.

Poco podremos hacer para promover y enriquecer el valor y el respeto de la dignidad de la persona humana, si el orden

[31] LUCKAC DE STIER, María, "Importancia de la noción de Persona como fundamento de la Bioética", publicación del Instituto de Bioética, UCA, *Vida y Ética*, año 3, n. 1, Buenos Aires (junio 2002), p. 46.

político, jurídico y social no respeta los principios y valores que están a la base de nuestra sociedad y del bien común.

En el ámbito de las biotecnologías y de la bioética, incluso en los países emergentes, debe crecer la inversión en la investigación, con especial atención a las características particulares del propio territorio y de la propia población e impulsar la creación de organismos nacionales con la finalidad de proteger el bien común con una cuidadosa acción sobre los riesgos.

Los científicos y los técnicos involucrados en el sector de las biotecnologías, y muy especialmente los que trabajan con embriones y vidas humanas, están llamados a trabajar con inteligencia y perseverancia, con una conciencia limpia y honesta, en la investigación de mejores soluciones para los graves problemas de la vida, la alimentación y la salud pública. Tanto ellos como los responsables de entes públicos y/o privados dedicados a biotecnologías, deben tener en cuenta no solo una legítima y razonable ganancia sino, sobre todo, el bien común.

Este principio es siempre válido pero adquiere una importancia especial cuando se tratan de actividades que tiene que ver con la vida, la medicina, la alimentación y la custodia de la salud y el medio ambiente, en relación al bien común y a la pobreza.

La Bioética no es una ciencia dura sino que es profundamente humanista y su esencia consiste en el diálogo, la deliberación y la transdisciplinariedad. Como sabemos, Potter la calificará y le dará entidad de *Puente hacia el Futuro*, pero creo que ya estamos transitando mucho más que el puente inaugural u ornamental de nuestra ciencia. Creo que estamos moviéndonos por una maravillosa *Autopista del Presente*, que nos lleva por paisajes científicos y éticos nunca vistos y a una velocidad que puede producir vértigo. Sin la mínima pretensión de acuñar ninguna frase y mucho menos de hacer comparaciones con autores de fuste, creo que debemos ser conscientes que la Bioética ya no es un *Puente hacia el Futuro* sino la *Autopista del Presente*. Y bien sabemos que en una carretera de alta velocidad, se hace más que imprescindible saber por dónde se puede ingresar, respetar las normas, conocer su trazado, no detenerse donde no se debe, ni dejar de detenerse donde se debe (incluso para pagar el precio de circular por ella) y sobretodo, cuidarnos y cuidar a quienes viajan con nosotros, especialmente si son personas vulnerables. También sabemos que no siempre se justifica ir tan rápido a pesar que la pista nos lo permita. Las personas que viajan en nuestro mismo medio, tienen necesidades especiales (ética, antropología) y por ello se nos exige buscar la velocidad de crucero que respete en su dignidad y naturaleza a todos y cada

uno de los compañeros de viaje. Esta velocidad de crucero *no es un límite* sino por el contrario es una liberación: nos permitirá a todos llegar en la plenitud de nuestro ser y bienestar.

En todo el proceso de promoción de las personas y de trabajo de eliminación de sus vulnerabilidades, no podemos prescindir de categorías esenciales, dónde *todos los Hombres y todo el Hombre* se puedan identificar y encontrar sin necesidad de "intérpretes" o "traductores" de su propia realidad y campo de decisión.

La deliberación sobre la verdad y el respeto de la confidencialidad podrá ser enriquecida por medio de un acuerdo con aquel representante de la comunidad que ayude auténticamente a la superación de la vulnerabilidad. La necesidad de pacto, alianza o amistad comunitaria, es parte de la naturaleza el Hombre. La supremacía de unos sobre otros, solo se equilibrará en la media que se le "restituya" al débil lo que sobreabunda en el fuerte, al punto que de no hacerlo así, seguiremos viviendo en el mundo del abuso y la violación del Hombre por el Hombre y del ambiente por el Hombre. La superioridad e inequidad que constatamos se debe al aumento del conoci-

miento que le falta al excluido. Este conocimiento que domina en la técnica nos hace capaces de calcular los efectos globales, futuros y de gobernabilidad y puede crear sentimientos de soberbia y superioridad que no ayudarán a aumentar el respeto por el otro.

Para mejorar el proceso de empoderamiento de la persona vulnerable, debemos colaborar para que la libertad responsable "conozca": que se pase del poder al deber ser, libre, personal y responsable. Libertad que tendrá los límites propios de los valores y de la sociedad, lo que le permite convivir y dominar la naturaleza. Cuanto más libre sea la sociedad, más libre de vulnerabilidades será la persona. Se nos impone el deber de conocer, dominar y ejecutar justamente nuestro poder. Justicia, respeto, compasión, amor, nos ayudan a salir de la angustia del individualismo egoísta y utilitario. [32] El respeto a la confidencialidad está a la base de la relación y la comunicación del poderoso con el vulnerable. Confidencialidad y confianza son realidades muy cercanas.

Quiero terminar este trabajo citando al Santo Padre Benedicto XVI: "Es preciso afrontar -señala el Papa- con determinación y claridad de propósitos, el peligro de

[32] Cfr. HANS, Jonas, *Técnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Torino, Einaudi, 1987, pp. 244-245.

opciones políticas y legislativas que contradicen valores fundamentales y principios antropológicos y éticos arraigados en la naturaleza del ser humano, en particular con respecto a la defensa de la vida humana en todas sus etapas, desde la concepción hasta la muerte natural, y a la promoción de la familia fundada en el matrimonio, evitando introducir en el ordenamiento público otras formas de unión que contribuirían a desestabilizarla, oscureciendo su carácter peculiar y su insustituible función social" [33]

REFERENCIAS

BROCK, D., "Ethical issues in the use of cost effectiveness analysis for the prioritization of health resources. Handbook of Bioethics", *Philosophy and Medicine*, vol. 78, Países Bajos (2004), Kluwer Academia Publishers, pp.353-380.

BRÜLDE, B., "Health, disease and the goal of public health", en DAWSON, A., (ed.), *Public Health Ethics: Key Concepts and Issues in Policy and Practice*, Nueva York, Cambridge University Press, 2011, pp. 20-47.

DANIELS, N., *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge University Press, 2008.

DANIELS, N., & GELPI, Adriane, *Setting Limits Fairly: International Experience and Colombia*. Bogota, Colombia [en línea], disponible en: <<http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/A4RandColombia%20Norma%20Daniels.pdf>> [26 de enero de 2009].

GIBSON, J. L., MARTIN, D. K. y SINGER, P.A., "Priority setting in hospitals: fairness, inclusiveness, and the problem of institutional power differences", *Social Science and Medicine*, vol. 61, (2005), pp. 2355-62 [en línea], Disponible en: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795360500208X>>.

GREEN, K. C., ARMSTRONG, J. S., y GRAEFE, A., "Methods to elicit forecasts from groups: Delphi and prediction markets compared", *Foresight: The International Journal of Applied Forecasting*, vol. 8, (2007), pp.17-20.

KAMM, F. M., "Whether to discontinue nonfutile use of a scarce resource", (2002) en RHODES, R., BATTIN, M., y SILVERS, A, (Eds.), *Medicine and Social Justice: Essays on the Distribution of Health Care*, 2da edición, New York, NY: Oxford University Press, pp. 373-389.

[33] Benedicto XVI, *Discurso al IV Congreso Nacional de la Iglesia en Italia*, Verona, 19 de octubre de 2006.

MALUKA, S. O., "Strengthening fairness, transparency and accountability in health care priority setting at district level in Tanzania", *Global Health Action*, vol. 4, (2011) [en línea], disponible en: <<http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/7829/13614>>.

NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS, *Public health: ethical issues*, Londres, RU: Nuffield Council on Bioethics, 2007 [en línea], disponible en: <<http://www.nuffieldbioethics.org/sites/default/files/Public%20health%20-%20ethical%20issues.pdf>>.

SABIK, L. M., y LIE, R. K., "Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries", *International Journal for Equity in Health*, vol. 7, issue 4, doi:10.1186, (2008), pp. 1475-9276-7-4.

YAZBECK, A. S., (2002). "An Idiot's Guide to Prioritization in the Health Sector", *Banco Mundial* (2008) [en línea], disponible en: <http://www.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/03/02/000112742_20060302091350/Rendered/PDF/266380Yazbeck1AnIdiotsGuide1whole.pdf>.