

Prina, Jordi Gastón

Justicia y distribución argumentos bioéticos sobre la accesibilidad a los bienes sanitarios en Daniel Callahan

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciado en Filosofía**

Director: Fonti, Diego Osvaldo

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN FILOSOFÍA



TRABAJO FINAL

JUSTICIA Y DISTRIBUCIÓN
ARGUMENTOS BIOÉTICOS SOBRE LA
ACCESIBILIDAD A LOS BIENES SANITARIOS
EN DANIEL CALLAHAN

AUTOR: PRINA, JORDI GASTON

DIRECTOR: DR. LIC. FONTI, DIEGO

Córdoba, 2021

Índice tentativo

Introducción.....	pág. 3
Capítulo 1. Mirada antropológica: el envejecimiento.....	pág. 6
Capítulo 2. Mirada antropológica: la muerte.....	pág. 24
Capítulo 3. El concepto de justicia para Callahan.....	pág. 43
Capítulo 4. El concepto de autonomía para Callahan.....	pág. 61
Síntesis y conclusiones.....	pág. 78
Bibliografía.....	pág. 81

Introducción

Daniel Callahan fue un reconocido bioeticista norteamericano, autor y editor de múltiples obras y artículos, y cofundador en 1969 con Willard Gaylin del primer instituto de investigación de bioética del mundo, el Hastings Center en 1969. Allí ejerció como director de 1969 a 1983 y como presidente de 1984 a 1996. Callahan obtuvo su grado en Filosofía en la Universidad de Yale, y el título de doctorado en la Universidad Harvard.

Para nuestro estudio hemos optado por tres de las obras de Callahan debido al peso que tiene en ellas nuestro tema de investigación. Ellas son *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society* (1987), *What Kind of Life: the Limits of Medical Progress* (1990) y *The Troubled Dream of Life: in Search of a Peaceful Death* (1993). Tales obras han sido abordadas en su idioma original y fragmentos de mayor relevancia han sido traducidos en este trabajo de investigación para desarrollar su propuesta bioética.

Cabe aclarar que el marco del trabajo de David Callahan es principalmente su país de origen, ya que sus críticas están destinadas a tal sistema de salud. Es por ello que la mayoría de sus obras no han sido traducidas ni han recibido un tratamiento profundo en nuestro idioma ni en los países latinoamericanos. Y de allí también se desprende que cualquier reflexión o aplicación respecto de otros contextos, necesariamente deberá tener en cuenta las diferencias en todos los niveles.

A partir de la investigación de estos textos, se considera que las tres obras plantean la propuesta del autor de una manera escalonada y consecutiva. El mismo autor reconoce que estos tres libros conforman una trilogía de su pensamiento, sin haber sido algo intencionado. La búsqueda de los tres libros es entender cómo vivir bajo una moralidad propia, donde primen las decisiones autónomas sobre sí, y cómo la medicina nos puede ayudar a hacerlo. Asimismo, cómo afrontar la muerte desde una mirada comunitarista, y las respuestas que debe dar el sistema (norteamericano, en este caso) de cuidado de la salud. En *Setting Limits* (1987) se enfoca en el significado de edad anciana y la distribución de los recursos para los ancianos, así como también sobre la relación entre envejecimiento y mortalidad. *What Kind of Life* (1990) aborda la problemática de

la distribución de los recursos del cuidado de la salud para todos los grupos y el diseño de un sistema de cuidado de la salud razonable. En el tercer libro, *The Troubled Dream of Life* (1993), Callahan aborda algunas preguntas personales, así como la relación entre salud, mortalidad y felicidad humana.

En este proyecto de investigación se buscará determinar y exponer las hipótesis de trabajo sobre las que trabaja Daniel Callahan en las obras anteriormente mencionadas. Del mismo modo, se intentará reconocer algunos conceptos claves dentro de la mirada antropológica sobre la que trabaja Callahan, tales como vida saludable, el sentido de la ancianidad y la naturaleza de la muerte. Por último, distinguiremos las concepciones de justicia y autonomía presentes en las propuestas bioéticas para el sistema de salud norteamericana planteadas por Callahan. Para ello pondremos en diálogo fragmentos de sus obras con las propuestas de otros pensadores relevantes.

Partimos de las hipótesis de trabajo de que Callahan critica el sistema de asistencia social norteamericano por su individualismo y la distribución de posibilidades. Como mencionamos anteriormente, su propuesta de distribución y racionamiento de los recursos se corresponde con una mirada comunitarista de la sociedad. Por tanto, el rol de los ancianos en la sociedad está marcado por su capacidad de aportar un valor propio al resto de la comunidad, especialmente a los más jóvenes. De este modo, el racionamiento que él propone se explica desde una perspectiva distributiva de la justicia.

La estructura de este escrito se divide en dos partes, que estarán compuestas cada una por dos capítulos. En el primer eje se abordará la propuesta de Callahan desde una mirada antropológica, identificando primeramente conceptos claves para el autor como la ancianidad, el rol social que ocupa, la lucha por extender la expectativa de vida y el rol que debe adoptar el sistema de salud en su cuidado. Asimismo, en el segundo capítulo, se continuará con esta mirada antropológica haciendo foco en la muerte, como mal biológico y como mal moral, su naturaleza y la aceptación que podemos tener para con ella.

En el segundo eje abordaremos la propuesta de Callahan desde una mirada propia de la bioética. En el tercer capítulo, identificaremos el paradigma de responsabilidad desde el que trabaja el autor, su contraste con otras propuestas bioéticas como la de Engelhardt y su debate en torno al principio de autonomía.

Por último, en el cuarto capítulo distinguiremos el concepto de justicia comunitarista implícita en Callahan, cómo esta entra se contrapone con el individualismo fuerte de Engelhardt, trazando un diálogo con los aportes de otros pensadores y bioeticistas, como Ronald Dworkin y John Rawls.

Capítulo 1: El concepto de ancianidad en Callahan

Introducción

La tesis central de Callahan argumenta que deben repensarse dos ideas muy arraigadas. La primera es que el progreso de la tecnología médica puede alargar la duración y mejorar la calidad de la edad avanzada indefinidamente. En este sentido, Callahan propone que aceptemos el envejecimiento como parte de la existencia y no como un accidente biológico que debe superarse. La segunda es que, en los sistemas públicos, no deben contar sólo las necesidades individuales sin compromiso de edad, sino que debe primar el reparto intergeneracional de los recursos y deben establecerse límites claros y bien justificados a la atención de ancianos.

Para ello, es necesaria una solidaridad recíproca entre los jóvenes y ancianos, con un compromiso de los primeros en el cuidado y el respeto de los mayores, y de los segundos por no acaparar los recursos que tendría más sentido aplicar a los más jóvenes “una buena sociedad tiene la obligación de intentar que la mayoría de los ciudadanos lleguen a ancianos, pero no tiene la obligación de procurarles la tecnología necesaria para que sean indefinidamente ancianos” (Callahan, 1987, p. 19).

Partiendo de esa tesis, el autor presenta una serie de propuestas contrarias al aumento del gasto sanitario dirigido a los ancianos y a la búsqueda de acrecentar sus expectativas de vida. A los responsables de las políticas sanitarias les sugiere que alentar el alargamiento indefinido de la vida tiene un coste muy elevado y unas ventajas pequeñas para el conjunto de la población. Tanto la asistencia como la investigación han de dirigirse preferentemente a evitar muertes prematuras y, en el caso de los ancianos, aumentar su calidad de vida, no a alargarla a toda costa.

A los médicos que atienden a ancianos les propone cambiar el énfasis desde la curación al cuidado, fortaleciendo la asistencia a largo plazo y a domicilio basada en enfermería, procurando una vida mejor a los ancianos y a los familiares que les cuidan. A la sociedad le presenta un acuerdo cultural que modifique nuestra concepción de la muerte, para que deje de representar un enemigo a batir a

cualquier precio y vuelva a ser considerada como una realidad vital que hay que aceptar conscientemente (García Vargas, 2005, p. 160).

Nuestro autor advierte el desequilibrio existente en Norteamérica entre la asistencia médica a niños y ancianos. Mientras los segundos están protegidos por el programa federal y universal Medicare¹ (creado por L. B. Johnson en 1965), los niños y adolescentes carecen de una garantía similar, excepto cuando son indigentes y son protegidos por el limitado programa Medicaid².

Callahan asegura en su obra que tiene tres propósitos. El primero y más fundamental es estimular una discusión pública sobre el cuidado de la salud para los ancianos. El segundo es proponer una vía diferente de entender los modos de proveer estos servicios, uno diferente a la mera edad como criterio de asignación y limitante del cuidado médico. El tercero es una extensión del segundo, al preguntarse qué implicaciones prácticas tendría una política de salud como la que propone él. Lo más importante es que, como comunidad de ancianos y jóvenes, pensemos qué camino habremos de tomar a largo término para dirigirnos como medicina hacia el deterioro y la muerte. “Estas obras buscan generar un llamado a establecer límites y cómo podemos aceptar el envejecimiento” (Callahan, 1987, p. 23).

Los roles sociales y morales para los distintos grupos etarios de una sociedad son diversos. Las obligaciones que la sociedad y cada uno de nosotros tiene hacia los que han cumplido su ciclo natural no son las mismas que hacia los que no han llegado aún a ello. Existen obligaciones en ambos casos, pero son diferentes. La primera tarea sanitaria de una sociedad es que los jóvenes y los maduros tengan la posibilidad de llegar a ancianos, por encima de la ayuda a los ancianos para que lo sean aún más.

Según Callahan, en el campo sanitario, los sistemas públicos no están obligados moralmente a garantizar los tratamientos más complejos y caros a estos

¹ Medicare es un programa de cobertura de seguridad social administrado por el gobierno de Estados Unidos, el cual provee de atención médica a todas las personas mayores de 65 años o más jóvenes consideradas discapacitadas debido a graves problemas de salud, como diálisis continua, o ELA. El programa también financia los programas de formación de médicos residentes en Estados Unidos.

² Medicaid es un programa de seguros de salud que proporciona cobertura médica para personas con bajos ingresos, familias, niños, ancianos y personas con discapacidad. Cada Estado lo organiza de una forma particular.

pacientes. Esta premisa constituye la tesis central de la obra y provocó notable escándalo, a pesar de que a finales de los años ochenta empezaba ya a ser aplicada en Inglaterra y en los países nórdicos, donde los sistemas sanitarios públicos experimentaban ya grandes problemas financieros y disponían de una larga experiencia de asistencia a mayores. Su prioridad era y sigue siendo evitar las desigualdades sanitarias interclasistas e intergeneracionales, además de mantener la viabilidad del sistema (García Vargas, 2005, p. 161).

El proceso de envejecimiento

Callahan es consciente de las implicaciones y consecuencias que conlleva hablar sobre temas bioéticos. Algunas de estas son la probable aplicación de los principios y propuestas para la vida propia, incluso en forma de casuística. Es por ello que se confronta ante la pregunta de cómo en su etapa de ancianidad viviría bajo sus propias recomendaciones. ¿Estaría listo para que no lo trataran en el final de su vida? ¿Rechazaría un trasplante de órgano que le podría dar unos cuantos años más de vida? Él mismo confiesa que no sabe cómo reaccionaría. Algunas personas se aferran a la vida, otras se dejan ir, pero él no sabe responder a qué tipo de persona corresponde. Tan sólo puede decir que el escribir este libro le obligó a pensar acerca del curso de su vida y qué significa envejecer para él. No es ocioso recordar que escribió este libro entre sus 56 y 57 años.

Lo que está buscando decir no busca dar un cambio instantáneo, sino el principio de una discusión a largo término, una discusión que quizás guiará a la gente a cambiar su pensamiento, y más importante, sus expectativas acerca del envejecimiento y de la muerte. Este libro es pertinente para su grupo etario, argumenta, sin dejar de ser relevante para la discusión de los más jóvenes también (Callahan, 1987, p. 26).

Callahan presenta sus ideas porque considera necesario cambiar nuestro pensamiento sobre el envejecimiento. Necesitamos nuevamente hacernos preguntas básicas, plantea él. El presente curso nunca va a funcionar ni debería. Este libro es un intento de idear un acercamiento alternativo. Para ello plantea la

pregunta, ¿cuán necesario es el cuidado médico en el proceso de envejecimiento?

Relata Callahan (1987, p. 13) un acontecimiento que le sucedió de chico. En una ocasión, mientras observaba a un grupo de mujeres que él desconocía su profesión u ocupación, pero que se distinguían por estar solas, se preguntó por primera vez acerca del envejecimiento. Las mujeres mayores que él conocía habían estado siempre rodeadas de familia en el centro de un círculo de respeto. Poder y autoridad eran características que hoy tiempo después les pudo atribuir. De todos modos, su madre presentaba aún otro estilo, ya que tenía un gran círculo de amistades que peleaba por mantenerse joven. Vitalidad y socialidad. En el establecimiento donde se encontraba el primer grupo de mujeres, él distingue otra posibilidad. Soledad y aislamiento. Mucho tiempo después él entendería a la ancianidad como cercana a la muerte.

Imágenes conflictivas de ancianidad

Socialmente, las percepciones que se tenían sobre la ancianidad fueron variando a medida del paso del tiempo. Entre la década del '50 y del '60 se dieron los cambios más drásticos. Hacia la década del '70 había una indignación contra el envejecimiento como estereotipo de empobrecimiento, sinsentido y senilidad. Pero para la época en la que escribe Callahan, fines de la década de 1980, hay un nuevo optimismo donde los ancianos se descubren en nuevos roles sociales y las expectativas de vida crecen, gracias al crecimiento de la medicina. “La nueva era de la medicina va de la mano con una nueva era de la ancianidad” (1987, p. 14).

La historia del desarrollo de la biomedicina ha significado dos cosas importantes: la ganancia de nuevos conocimientos y poderes técnicos, y una transformación en nuestro entendimiento de la vida y sus posibilidades. Cada una puede ser vista en tres etapas de la vida, la primera que trajo cambios en la medicina, la segunda acerca de la naturaleza de la salud, y la tercera versa sobre la posibilidad de producir nuevas maneras de pensar la vida y cómo vivirla (ídem).

Cambiando la concepción de medicina

En el último centenario de años, se produjo un cambio en el paradigma médico. Se pasó de sólo cuidar a una instancia de cuidados múltiples y curación integrada. Durante mucha parte de la historia la medicina era impotente ante las enfermedades y la muerte. Sólo podía brindar confort y paliación, cuidado, no curación. Todo cambió a mediados del siglo XVIII gracias a mejores dietas e higiene. Para el siglo XIX el método científico se empezó a enfocar en las enfermedades. Aparece el tratamiento sistemático conjuntamente al cuidado de pacientes. Para el siglo XX la medicina empezó a ofrecer curas reales. Para el final de la segunda guerra mundial el impacto de la inmunología y los tratamientos fue significativo. Esto se tradujo en el incremento de la expectativa de vida generalizada. Se empezó a investigar cómo detener el cáncer, los ataques al corazón, ataques cardiovasculares y otras aflicciones. Como antes mencionamos, en 1965 se fundaron programas de Medicare, como un seguro médico para personas mayores de 65 años, *medical insurance scheme*, y Medicaid, *subsidised health care system*, un compromiso público para adecuar el cuidado de la salud para los ancianos y los pobres. Mientras *caring* todavía recibiría apoyo público, el *not caring* se convirtió como ideología triunfante. La medicina encontró un mayor campo para su desarrollo a través de la innovación tecnológica que en el servicio comunitario atendiendo necesidades básicas. Primero por su compromiso al método científico, y luego por el aprovechamiento del poder del estado en investigación. “La medicina hoy en día es lugar para el desarrollo de nuevas tecnologías biomédicas” (1987, p. 15).

Cambiando el concepto de salud y vida

Tantos cambios en la medicina nos invitan a subir la vara y plantearnos qué significa ‘buena salud’. Esto nos impulsa a rechazar el fatalismo y aceptar pasivamente las limitaciones y el decaimiento natural del cuerpo. El mensaje de la medicina es claro: ya no es suerte que una persona viva o muera, sino que es una falla de la medicina en no dominar y sobreponerse a las enfermedades. Esto conlleva un cambio en la concepción de lo que es vivir la vida. Los cuidados de natalidad efectivos y abortos seguros, por ejemplo, significan que las mujeres ahora pueden pensarse en otros roles distintos a los de ser simplemente madres.

Además, las expectativas de vida no sólo cambiaron en unidades de años sino en décadas, y con esto también las posibilidades de vida que ello conlleva. Las innovaciones llevan a tres grandes tipos de cambios. Primero, nuestra percepción de la capacidad que tenemos para controlar nuestra vida, por nuestras decisiones personales cotidianas. Segundo, una alteración en el modo que las consecuencias de nuestras acciones se entienden: lo que antes era relaciones causa-efecto, ahora hay salidas tolerables. Por ejemplo, las nuevas formas de vivir la sexualidad. Tercero, la relación entre nuestro cuerpo y nuestra mente se ha fortalecido. “La medicina ya no sólo cura una enfermedad, sino que puede curar o solucionar los problemas de la vida” (1987, p. 18-19).

Creemos ahora que tenemos derecho a una buena vida, buena salud, y larga vida; o que es al menos una expectativa razonable. “Una muerte pronta ofende el paradigma de la longevidad actual. Así y todo, larga vida y buena salud no son suficientes. Se busca y espera que los últimos años de vida sean prolíficos, satisfactorios y de reconocimiento social” (1987, p. 19).

Crecimiento del número de ancianos

La extensión en la expectativa de vida conlleva un proporcional crecimiento en el número de personas ancianas ¿Podría ser que tantos avances de la medicina y el crecimiento de la población anciana genere una ‘avalancha poblacional’, que genere mayores gastos de cuidados médicos? La dependencia social y familiar irá creciendo, y la demanda médica cada vez también será mayor, ¿será esta capaz de dar respuesta a tales cantidades conservando la calidad? (1987, p. 21).

Teniendo en cuenta esto, Callahan (1987, p. 22) plantea tres conclusiones. La primera, mucho se gasta en ancianos comparado con niños. Segundo, una gran porción se destina a los cuidados paliativos. Tercero, las investigaciones biomédicas se destinan para los cuidados de los ancianos más que para otros sectores etarios. Esto nos lleva a preguntarnos, ¿es justo y sensato, y hasta dónde se debe permitir? ¿A qué se refiere Callahan cuando habla de edad anciana y envejecimiento? Estos conceptos son intercambiados constantemente, pero podemos establecer que habla de personas mayores a los 65 años. Él mismo clarifica que existe una presión por llevar el límite a los 70

años o 75, explicado desde el punto de vista del incremento de la expectativa de vida.

La modernización del envejecimiento

Bajo una mirada de la modernidad, el envejecimiento se ve como el decaimiento del cuerpo y la mente, donde la productividad merma. Se trata de algo contra lo que hay que pelear y rechazar. Esta mirada moderna que pone sus esperanzas en la ciencia y la racionalidad humana se trata, para Callahan (1987, p. 26), de una mirada ingenua. Por este título de modernización del envejecimiento el autor hace referencia al pensamiento de que se debe resistir fuertemente el proceso físico porque simplemente lleva al decaimiento y posteriormente la muerte.

Bajo una mirada más clásica, la ancianidad era apreciada como superior a la juventud, y se la asociaba a conceptos tales como la sabiduría, la experiencia y la madurez. Los cambios actuales nos llevan a pensar que es mejor que los más energéticos y adaptables jóvenes serán los que podrán conducir nuestras sociedades. “La modernización de la ancianidad representa una etapa aún mayor, ser mayor es mejor que ser joven porque allí es donde se encuentra el puesto el foco del avance médico, porque trae consigo libertades propias del individualismo” (1987, p. 27). Se tratan, no sólo de personas que pasan su tiempo sin que los molesten, sino más bien de nuevos pioneros, porque son autosuficientes, autonormativos, trascendentes hacia la posteridad.

Callahan se pregunta si esta sociedad se puede comprar, y él dice que sí, “al justo costo que estemos dispuestos a pagar por dejar de lado el bienestar de los jóvenes para poner a los ancianos en el centro de atención” (1987, p. 27).

Los términos madurez moderna o *prime time* traen consigo un estilo de vida de viajes, nuevas aventuras y educación, la siempre posible accesibilidad a la cancha de tenis o el campo de golf y las visitas periódicas pero agradablemente cortas visitas de los nietos. Toda esta visión idealizada deja de lado a los pobres, los enfermos crónicos, las minorías y los viudos o personas solteras (1987, p. 28).

Se pregunta asimismo qué sentido o propósito se esconde, si es que hay uno, detrás de estas visiones modernizadas de la ancianidad. Esta trae consigo

nociones de libertad relacionadas a la falta de responsabilidad, más años y menos enfermedades, contrapuestas a una mala salud, donde no hay sentido para los cuales esos fines habrían de servir como medios.

Edad anciana: significado y significativo

Probablemente asociemos a la edad anciana el cambio de nuestros cuerpos, el deterioro, la enfermedad y el decaimiento para luego llegar a la muerte. La muerte siempre llega al final, por más que distingamos etapas previas. Con el final de la vida, inevitablemente llega la muerte. La actitud ante la cual se afronta la muerte, e incluso, el sólo hablar de ello parece haberse construido como tema tabú, del cual sólo se afronta en el ámbito privado. Callahan propone que debería ya dejar de tener este carácter para ser de ámbito público, ya que la muerte de una persona, y sus circunstancias influyen en el resto, y en la sociedad. Debemos cada vez más adoptar una mirada pública de debate y diálogo sobre estas cuestiones sociales. Pero el individualismo de nuestra sociedad no nos lo permite. Es más cómodo preocuparse de los problemas individuales para obtener y financiar una atención médica, que preocuparse en cómo las siguientes generaciones podrán hacerlo. “Para darles a los ancianos respuestas a sus necesidades y sentido a sus vidas, necesitamos un sentido de la comunidad mucho más fuerte, partiendo de la convicción de que ellos son importantes. Deberíamos tener una fuerte tradición cívica para debatir públicamente estos temas” (1987, p. 33).

¿A qué nos referimos con sentido? A la percepción interior, respaldada por tradiciones, creencias, conceptos e ideas que le dan propósito a la vida propia, y que en momento de enfrentar la muerte uno quiere verlas reflejadas en sí mismo. Por significativo se refiere a “la atribución social con la que se valora a la edad anciana, que se transmite en las generaciones y se comparte en una sociedad, y donde entenderla es importante pero no indispensable” (1987, p. 33). Estas palabras han de ser revisadas y puestas en diálogo, pero no para obtener respuestas definitivas.

Hacia los años 1950 surgió una teoría llamada del desvinculamiento, *disengaged theory*, para explicar la falta de compromiso de la sociedad con los ancianos

debido a su reciente crecimiento demográfico. Por el lado de los individuos, se buscaba ayudar a que se preparasen para la muerte, y por el lado de la sociedad dar lugar a los jóvenes a que ocupen sus puestos. Toda esta teoría ha sido criticada por los gerontólogos. Desde la ciencia, la idea de que el anciano se quisiera quitar del espacio de debate público se negó por falta de evidencias. Los ancianos se ajustaban a sus nuevas circunstancias. Las objeciones políticas se defendían de los estereotipos que se les acusaba de querer construir (1987, p. 35).

La muerte es una realidad, y requiere tiempo para prepararse a ella. El deterioro del cuerpo es una realidad y requiere dirección y aceptación. Los ancianos pueden mantenerse social y financieramente estables, pero sus roles caerán. “Por más que la modernización los ayude, no son socialmente indispensables en el modo en que los adultos más jóvenes o los niños lo son. No se le escapa del ojo a nadie que lo que el niño hace o podrá hacer, el anciano ya lo hizo. La vida sigue cuando un anciano muere” (1987, p. 36).

Propósito social y círculo de la vida

Antes se les daba un rol importante a los ancianos, porque se los asociaba no solo a la sabiduría sino a la posibilidad de interpretar las normas morales de la sociedad. Para nuestras sociedades más seculares que no se rigen por tradiciones morales esto presenta un problema. Si ahora los ancianos ya no cumplen con este rol de transmisión de valores, ¿qué les queda? Pueden seguir siendo una fuente de dinero para sus hijos, contador de anécdotas familiares, ocasionalmente cuidar de los bebés, o incluso ser votantes comprometidos para los políticos, o voluntarios para las empresas sin fines de lucro. La propuesta de “manos ocupadas, manos contentas” (1987, p. 38) puede resultar ser una respuesta para los más ingenuos.

Esto nos lleva a una serie de conclusiones a las que nuestro autor se presenta reacio de aceptar. En primer lugar, no somos libres de hacer lo que queremos con las etapas de nuestra vida, porque la biología trae consigo reglas inalterables. En segundo lugar, la idea de que la muerte representa un límite

inalterable es repudiada por la esperanza en la medicina. Pero esto lo profundizaremos en el próximo capítulo.

La construcción del sentido

Los ancianos se encuentran en una posición privilegiada, ya que son capaces de mantener el pasado vivo, de integrar la historia que ellos vivieron con el presente que viven los jóvenes. “Sólo ellos pueden aportar esta posibilidad de cohabitar dos épocas en una. Ellos saben muy bien lo que significa vivir en el presente. Hoy, su futuro se ve sin grandes expectativas, y a diferencia de los jóvenes, no se están preparando para lo que luego convertirse en algo diferente de lo que son ahora. Lo que tienen hoy es todo lo que tienen. Asimismo, guardan una obligación particular para con el futuro” (1987, p. 42). Callahan considera que la aspiración primordial a la que debe orientarse el anciano es guardar y transmitir los valores para cuando ellos no estén más. Así como alguna vez fueron los herederos de una sociedad construida por otros, ahora ellos están obligados a hacer lo mismo con aquellos que los siguen. Movidos por la presencia de la muerte al final de sus vidas, sólo les queda a los ancianos trabajar hasta poder dejar sus lugares a los más jóvenes. Este es el rol que la sociedad les puede dar a los ancianos, su sentido y significado.

El sentido de la ancianidad

Callahan presenta dos conceptos básicos para sostener sus propuestas. El primero es el de duración natural de la vida, que más adelante ha sustituido por el de duración de vida plena, dado que la vida natural varía mucho teniendo en cuenta la esperanza de vida de cada población. Puede definirse, entonces, como aquélla en que las propias posibilidades vitales han sido realizadas por completo, aunque no en sentido absoluto, y después de la cual la muerte puede ser considerada como un suceso triste, pero, sin embargo, relativamente aceptable (1987, p. 66)

Para nuestro autor, la sociedad actual, cada vez más opulenta e individualista, ha perdido la visión del ciclo completo de la existencia y ha privado a la ancianidad de buena parte de su significado. Si se concentra el sentido de la

existencia en sus aspectos productivos, la ancianidad queda fuera y carente de sentido. Sin embargo, los mayores pueden tener proyectos, limitados, pero relevantes. El arte de aprovechar al máximo el presente, las actividades en favor de otros, la ayuda a los jóvenes aportando la perspectiva de edad que éstos no pueden tener, la preservación de la memoria, el ejemplo de la dignidad ante la decadencia física, son proyectos que se oponen a la pasividad o al individualismo egoísta. Son posibilidades que pueden realizarse de hecho, aunque nunca se agotan y, además, suelen estar rodeadas de excepciones, pero componen un ciclo vital completo. Esto lo lleva a proponer que los seres humanos debemos vivir con un fuerte sentido de mortalidad y dispuestos a aceptar que nuestra vida concluye.

Aspiraciones de servir a los jóvenes

Dentro de la familia, suelen ser los ancianos quienes unen o proveen a los más jóvenes de espacios para que ellos vivan y se desarrollen. Pero si los ancianos aspiran a servir a los jóvenes aún más, es en el espacio público donde lo obtendrán. “No todos estarán físicamente disponibles a hacerlo, pero las contribuciones en el ámbito público se expresan como impuestos o actividades voluntarias para ayudar a los hijos de alguien más” (1987, p. 44).

Un autor de referencia para Callahan es su compañero en la fundación Hastings, Alasdair MacIntyre. Este último nos hace reflexionar que debemos tener un objetivo, un telos hacia el cual trabajar (MacIntyre, 1981, *Tras la virtud*). Son los ancianos los que se lo pueden mostrar a los más jóvenes. Es la propuesta de que hay un sentido en la vida. Tanto el joven como el anciano necesitan integrar su etapa vital corriente dentro del círculo de la vida y las generaciones. Los jóvenes no se encuentran en la situación de hacerlo por sí mismos. No suelen tener ni la experiencia ni los recursos para hacerlo. Sólo los ancianos pueden hacerlo. Los jóvenes necesitan de los ancianos para descubrir su sentido.

Lo que propone Callahan requiere dos premisas. “Los jóvenes han de poder ver entre los ancianos modelos, y los ancianos han de estar abiertos a verse a sí mismos como modelos trascendentes hacia las otras generaciones. No se puede asegurar que todo esto va a pasar, pero sí puede ser más probable ahora que

años atrás” (1987, p. 46). Esto se debe al mayor número de ancianos en proporción a la población, haciéndolos más visibles y más presentes en las realidades de los jóvenes, la mejor salud de los ancianos, y la posibilidad de que si los ancianos se ven de este modo se pueden involucrar aún más en el espacio público.

Callahan (1987, p. 50) compara dos propuestas distintas sobre el rol de los ancianos en la sociedad. En primer lugar, la escritora francesa Simone de Beauvoir alega en su obra *The Coming of Age*³ que los ancianos han de poseer una postura activa ante su nuevo rol social. Un estilo guiado por pasiones fuertes que los lleven a involucrarse de manera continua, y no a reservar su sabiduría para sí. El autor romano Cicerón⁴, en cambio, parte del decaimiento físico propio del anciano y propone que su actividad intelectual debe ser puesta al servicio de los jóvenes. Callahan (1987, p. 51) considera esta segunda propuesta más amplia que la primera porque involucra un modelo ético para los jóvenes, con el que se puede compartir más o menos, elemento que no ve presente en la propuesta de Beauvoir.

Medicina y la conquista del envejecimiento

Si bien se tiene una visión sobre la medicina como uno de los emprendimientos más organizados y determinados de todos, la realidad muestra que se trata más bien como el ensamble de piezas de trabajo sueltas que la de una construcción bien integrada. Cada investigador se orienta hacia donde sus intereses lo guían, donde mayor cantidad de dinero se invierte o donde los resultados generan mayor ovación pública. Esta pluralidad de intereses en la medicina ha facilitado a construir una sociedad donde los intereses personales pretenden extender la expectativa de vida personal a toda costa. Callahan plantea entonces la siguiente pregunta: ¿cuáles son los propósitos de la medicina teniendo en cuenta el envejecimiento? Y de manera inversa ¿Cómo entendemos el envejecimiento a la luz de las nuevas posibilidades médicas?

³ *The Coming of Age* (1970) de Simone de Beauvoir es un estudio que busca proveer una imagen de lo que las palabras ancianidad y vejez toman a lo largo de miles de años y una variedad de naciones y culturas.

⁴ Cicerón (106 a.C.-43 a.C.), en inglés *Cicero*, jurista, filósofo y político romano. Callahan no especifica, pero la obra en cuestión *De officiis* o *Sobre los deberes* (44 a.C.).

Callahan argumenta que la medicina ya no debe ser usada para acrecentar la vida de los ancianos cada vez más, sino que sólo debe buscar alcanzar una expectativa de vida racional y luego dedicarse a tratar el sufrimiento de los que padecen. “La aspiración primordial de los ancianos debieran ser la de atender sus necesidades vitales junto a la de sus familiares y procurar el bienestar de los jóvenes de las próximas generaciones” (1987, p. 53). En este sentido, el objetivo complementario de la medicina debería ser el de ayudar a los ancianos a cumplir estos propósitos, cuidando tanto de las dimensiones físicas como psicológicas de estos. En el futuro no precisaremos de invertir aún más dinero buscando extender la vida de los ancianos de por sí. En cambio, “la medicina se ha encargado de hacer esto sin ponerse a pensar siquiera en si es correcto o no. Simplemente se ha enfocado en prevenir la muerte, y en el caso de los más ancianos, esto se da de una manera natural” (1987, p. 54).

En la historia de la humanidad la mortalidad infantil y las plagas provocadas por enfermedades infecciosas en épocas pre industriales no permitían ponerse a debatir en torno a los tratamientos y disposición de recursos para los ancianos. Esto ha cambiado, a partir de dos factores importantes. El primero es la conquista y el avance sobre las enfermedades infecciosas y, segundo, la gran reducción de la mortalidad infantil (1987, p. 55).

Hay una moral implícita que sostiene a esta medicina contemporánea. A menos que haya un daño evidente, entonces estamos todos libres de experimentar para alcanzar nuestras visiones personales del bien de la salud y la vida. Es una mirada demasiado permisiva e individualista, que no condice con lo que piensa nuestro autor, como veremos a continuación (1987, p. 57).

Individualismo, envejecimiento y tratamiento de la salud

El individualismo reposa sobre el derecho de los individuos a buscar lo que ellos consideren que les va a traer felicidad. Esto viene de su origen político clásico liberal de los siglos XVIII y XIX. El único límite que encuentra este derecho es no hacerles daño a otras personas. Una crítica que se le puede hacer es que no aporta nada a la felicidad colectiva, o del ser humano en general. La búsqueda de lo bueno, del sentido de la vida o de los fines del ser humano queda tan sólo

a tarea del individuo. Nunca de la comunidad, o de un trabajo colectivo. Desde luego que tampoco es tarea del estado. Una propuesta de este estilo sobre nuestro tema en cuestión diría que la ancianidad difiere tanto como de cuántos individuos hay en el mundo. La medicina, por ello entonces debería abordar esta diversidad. Pero los costos de esta tarea no serían ni apropiados ni posibles de asumir por parte del estado.

“La medicina se establece como el último bastión de los sueños del Iluminismo, uniendo la razón, la ciencia y el sueño de las posibilidades ilimitadas del ser humano. La naturaleza, así como el cuerpo, parecen ser pasibles de toda manipulación” (1987, p. 60).

Leon Kass, en *Toward a More Natural Science: Biology and Human Affairs*⁵, proveyó a Callahan de una reflexión en torno al fin de la medicina y la salud. Para él, el fin de la medicina no es satisfacer deseos, ni prolongar la vida o prevenir la muerte. Estar vivo y estar sano para él no significa lo mismo. Parte de que todos padecemos estas dos enfermedades desde que nacemos, el envejecimiento y la mortalidad. Si un médico puede recuperar la salud de un paciente, no es la medicina la que lo mantiene vivo, sino el paciente mismo. Y cuando la salud no puede ser recuperada, entonces la muerte vendrá. Si una persona muere dentro de parámetros normales, no hay por qué preocuparse. Muerte prematura se suele entender como la muerte de una persona que no alcanzó lo que para ella era significativo vivir. Expectativa de vida natural y muerte tolerable hacen referencia a la muerte de una persona en un período de tiempo relativamente aceptable en proporción a su edad.

La medicina sí se deberá ocupar de estudiar enfermedades que acaban siendo mortales, porque ellas son las causantes de estados de pobre salud y no de ser mortales. Entonces, la meta de la medicina debería ser la salud, pero no para prevenir la muerte. Tener salud implica la totalidad del cuerpo. Salud es un criterio o norma natural antes que una norma moral, no como un valor opuesto a un hecho, el buen funcionamiento del organismo como un todo (Callahan, 1987, p. 61).

⁵ Leon Kass (1939 -), bioeticista norteamericano reconocido por liderar el esfuerzo por detener las investigaciones científicas sobre células madres embrionarias y clonación.

Pero entonces, ¿qué hacemos con el envejecimiento? ¿Lo aceptamos sin más? ¿Por qué estaría bien entonces realizar una operación de corazón abierto a un hombre de 30 años de edad y no a uno de 80 años? La propuesta es la de atender las necesidades del paciente como una totalidad.

El criterio de la edad

A mediados de la década de 1980 Callahan tomó conciencia de las tendencias demográficas que ofrecían datos referidos al crecimiento exponencial de los ancianos en la población. Al cuestionarse sobre cómo se resolverían estos cambios en términos económicos y sociales llegó a la conclusión que no se podría garantizar una respuesta a este gran número de ancianos bajo costos presupuestarios públicos sin interferir en otras prioridades sociales. Él argumenta que “antes que esta crisis esté totalmente sobre nosotros deberíamos preguntarnos dónde están los límites de los sistemas de cuidado de la salud” (1995, p. 228). Cabe preguntarse entonces si la medicina ha de ocuparse en extender la vida de las personas ancianas en pos de agrandar estas estadísticas a cualquier costo. En cambio, Callahan propone que deberíamos aceptar el envejecimiento como parte de la vida, y no otro obstáculo que la medicina debería resolver. Tratar de evitar el envejecimiento termina por convertir a esta etapa de la vida como una sin sentido, convirtiéndola en un accidente que puede ser reparado por las tecnologías biomédicas. Lo segundo que critica el autor es que no debería haber límites a los reclamos de los ancianos como grupo para acceder a programas públicos que busquen extender la vida, que sólo deberían contar sus necesidades vitales individuales, sin tener en cuenta la edad.

La propuesta de Callahan hace énfasis en la distribución y adjudicación de los servicios de salud pública para que sea garantizada a los ancianos, como a todos. Asimismo, que ayude a todos a prevenir una muerte prematura y que use la edad como criterio para delimitar el uso de recursos y tecnologías que busquen extender la vida bajo el programa Medicare si, y sólo si, las otras condiciones fuesen tenidas en cuenta primero. Bajo el concepto de natural expansión de vida se refiere a un criterio que se tome como referencia social, y no un criterio biológico. No expone Callahan que se deba usar la edad como criterio para decidir si se aplicará un tratamiento o no, sino que se tenga en cuenta.

Tras la publicación de su libro *Setting Limits*, en su versión revisada de 1995 amplía sus argumentos negando que su criterio de edad sea discriminatorio o injusto. Hay dos perspectivas, la individual y la política. Si bien cada individuo puede variar en su salud, mentalidad o físico sin depender de un número de años de vida, para la política esto sí importa. Porque si los costos de la mantención de los sistemas y servicios de salud para los ancianos como grupo imposibilita brindar esos recursos a otros grupos, la edad es un criterio que otorga beneficios a unos y se los priva a otros. Las enfermedades y la muerte en personas de mayor edad han de ser atendidas, pero no si esto genera mayores números en mortalidad infantil, menor calidad y cantidad educativa o grandes áreas urbanas sumidas en la pobreza. La primera tarea de la salud es que los jóvenes tengan la oportunidad de convertirse en adultos. “Pero si el límite está puesto en presupuesto social y no en atender las necesidades físicas y psicológicas de los ancianos, ¿no sería esto acaso discriminatorio e injusto? Creo que no podemos alcanzar un sistema perfectamente igualitario en este mundo, mucho menos en nuestro sistema de salud, sin tener consecuencias perjudiciales” (1995, p. 229).

Un límite basado en la edad para acceder a beneficios perpetuaría un sistema binario, donde los ricos tendrían acceso a sus tratamientos por sobre los pobres. La prueba no debería ser si todos reciben el mismo nivel de cuidado. Se trata de que si los pobres y los menos favorecidos reciben un buen nivel de atención médica. La propuesta se basa en garantizar tratamiento médico para todos, un esfuerzo grande por prevenir muertes prematuras, una cobertura completa de servicios para los más ancianos, un amplio servicio social y de cuidado para la vida entera de las personas y luego, y sólo luego, una restricción en los tratamientos basada en la edad. “De este modo, no creo que sería discriminatorio incluso usando la edad como criterio para acceder a tratamientos de extensión de la vida. La usaría porque, como se dijo anteriormente, la edad sí importa desde una perspectiva política” (1995, p. 229).⁶

⁶ El criterio para no aplicar a los mayores ciertos tratamientos, que pueden ser normales en personas maduras, debe ser la edad, matizada siempre por la biografía personal que hace que sean diferentes situaciones biológicamente similares. En el epílogo de la edición española reconoce que esta propuesta es indicativa, debe ser manejada con mucho cuidado, caso por caso, y no interpretarla rígidamente.

Una crítica⁷ ante su propuesta de poner límites en gastos públicos para los cuidados de la salud de los ancianos, alega que esto se debería hacer basado en cada caso particular y no bajo el criterio de la edad (1995, p. 232). De este modo cada paciente sería considerado por sus condiciones particulares y no por una categoría general. Callahan responde que no se deben disminuir los recursos dedicados a los mayores, sino que se debe contener su aumento, destinando más medios a los niños y a prevenir muertes prematuras. El patrón del gasto y de la medicina en ancianos debería tener como objetivo reducir el sufrimiento y proporcionar una calidad de vida decente. Dicho de otro modo, las obligaciones que la sociedad y cada uno de nosotros tiene hacia los que han cumplido su ciclo vital no son las mismas que hacia los que no han llegado aún a ello. Las dos son obligaciones, pero diferentes. La primera tarea sanitaria de una sociedad es que los jóvenes y los maduros tengan la posibilidad de llegar a ser ancianos, en lugar de empeñarse en que éstos sean cada vez más ancianos. “En el campo sanitario, los sistemas públicos no están obligados moralmente a garantizar los tratamientos más complejos y caros a estos pacientes. Su prioridad es evitar las desigualdades sanitarias, tanto sociales como generacionales, y mantener la viabilidad del sistema” (1995, p. 233).

El hecho de que el sistema económico general del autor sea, de acuerdo a su criterio (1995, p. 231), sea derrochador, capitalista y paternalista nos conduce a esta situación de tener que pensar en racionar y poner límites en el cuidado de la atención para con los ancianos. Callahan plantea que “después de tantos años el sistema de cuidado de la salud norteamericana aún no ha encontrado el modo de aminorar sus gastos, sino que cada vez gasta más” (1995, p. 232). De este modo, por más que aun así se pudiesen implementar las propuestas que él presenta, el problema no se resolvería sin más.

Niega también nuestro autor que la idea de usar la expectativa de vida natural como base para delimitar un límite de edad sea muy vaga y controvertida como para ser eficaz. “Si pretendemos solucionar las pretensiones individuales de cada paciente no habrá modo de limitar los costos de la atención de salud para

⁷N. G. Levinsky, *Age as a Criterion for Rationing Health Care*. New England Journal of Medicine 322 (1990), pp. 1813-1815.

los ancianos. Los costos se elevarán proporcionalmente a los de las tecnologías utilizadas” (1995, p. 235) Callahan relata que llegó a esta idea de expectativa de vida natural entendiéndola como lo esperable, lo enmarcado en la cultura y en los tiempos presentes. ¿Acaso los ancianos tienen derecho a reclamar arbitrariamente lo que quieran relativo al gasto público? No, sólo lo tienen a un reclamo razonable. Esto es, vivir una larga vida con apoyo público, pero no una vida indefinidamente larga y no al precio de potencialmente perjudicar a otros.

Callahan (1995, p. 237) admite que esta propuesta suya no es políticamente aceptable, en el sentido en que ha de ser una decisión políticamente respaldada, pero no por ello conseguirá el apoyo público generalizado. Según él, Inglaterra y Suiza ya cuentan con un sistema normativo basado en la edad, pero lo han sabido implementar de manera paulatina y fuera del ojo público.

Hasta aquí hemos desarrollado el planteamiento del problema de acuerdo al análisis propuesto por nuestro autor, donde describimos cómo el proceso de envejecimiento y el sentido y significado de la edad anciana ha ido cambiando proporcionalmente a los nuevos tiempos. A su vez, hemos expuesto algunas de las preocupaciones de Callahan al respecto del sentido y la labor de la medicina en busca de conquistar la ancianidad como etapa de la vida asociada a la muerte. Desde luego, que el último punto desarrollado acerca de la edad como criterio para determinar la distribución de recursos o tratamientos que extiendan la vida es uno de los más controversiales. Es por ello que continuaremos abordándolo junto a sus implicaciones éticas en el próximo capítulo. En fin, la aplicación de un racionamiento de los recursos o el criterio para este no han de primar por sobre una reflexión más profunda a la que nos invita nuestro autor. La vida, y por sobre todo, el sentido de la muerte de los ancianos, como ha expuesto Callahan, no carece de interés en la reflexión pública. Es para ello que profundizaremos su naturaleza y los debates que se abren sobre la muerte tolerable, bien como un mal biológico o bien como un mal moral. Tal distinción la profundizaremos más adelante.

Capítulo 2: El concepto de muerte en Callahan

¿La muerte está por fuera de la vida? ¿Por qué se suele decir que la muerte es parte de la vida? Esto desata otras preguntas como ¿cómo y cuándo preferiría morir?, ¿cuánto dolor estoy dispuesto a tolerar, y por qué razón?, ¿qué les debo a los que están conmigo al morir?, etc.

El propósito del libro *The Troubled Dream of Life: In Search of a Peaceful Death* (1993) es brindar algunos caminos de diálogo entre las decisiones legales y políticas a la hora del cuidado y la muerte de las personas con algunas de las preguntas más antiguas de la existencia de la humanidad.

Muchos de los problemas en el cuidado de las personas moribundas parten de una concepción errónea de la muerte como tal. La muerte aún no ha sido abarcada en su totalidad por la medicina. De alguna manera es su enemiga, permaneciendo fuera de la pared, amenazante. ¿Qué tiene que hacer la medicina? ¿Cuál es la opinión pública?

Cada gran cultura ha tenido una visión característica sobre la muerte, muchas veces acompañada de ciertos rituales públicos, prácticas y acuerdos sobre los tiempos de luto. Esto le ha dado a tales sociedades una forma de interpretar la muerte, apoyarse ante tales situaciones y darles un espacio público en sus vidas cotidianas. La pregunta sobre la muerte ha incidido en dimensiones más profundas, según opinión de Callahan (1993, p. 14), como al individuo, la naturaleza, la sociedad y la medicina.

La relación de la muerte con el individuo está entre las más importantes, porque lleva a preguntarse por la muerte propia, la del prójimo, y la muerte misma. ¿Acaso podemos manipular la muerte? Según Callahan (1993, p. 15), somos cuerpo, y también somos seres sociales. Vivimos en una sociedad donde los valores y códigos sociales nos ayudan a desarrollarnos como individuos. Según cómo una sociedad reflexione acerca de la muerte, y lleve adelante sus prácticas y rituales, puede modificar las respuestas personales sobre la propia muerte.

Si bien estas son preguntas antiguas, es necesario darles respuestas renovadas. La medicina moderna, una criatura que nació en el Iluminismo del siglo XVIII y maduró a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, tiene ahora la posibilidad de

cambiar las condiciones de nuestra muerte y las enfermedades que la preceden. Es necesario integrar estos cambios de la medicina en nuestras visiones culturales sobre el mundo y la muerte. Algo más que ha sido impulsado en los últimos años es el elemento de autonomía que tiene el paciente a la hora de decidir sobre su propia vida o muerte. Esta idea parte de una reacción contra los sistemas y gobiernos en su intento de dominarnos, pero también del rechazo de que sea la naturaleza la que nos imponga reglas restrictivas. Esta búsqueda de control personal ha tomado una nueva preponderancia ante el miedo de la pérdida de autonomía. Se trata también de una búsqueda profunda por querer tener todo bajo nuestro dominio. La pasión por el control se ve presente en los miedos, ansiedades y la indignación pública. Este es un tema profundo que abordaremos más adelante. Pero, a modo de aviso, Callahan tampoco propone asumir una actitud pasiva donde el individuo no decida sobre su vida. Al fin y al cabo, el paciente se enfrenta ante la duda de si hacer caso o no a las propuestas médicas.

Guerra a la muerte

Callahan tiene claro que la medicina moderna ha declarado una especie de guerra metafórica a la muerte, guerra a los estragos del tiempo; guerra, en definitiva, contra los tiempos de la naturaleza y sus consecuencias. Y la medicina ha ganado parcialmente esta batalla. La vida se ha alargado y la muerte se ha llevado cada vez más cerca de la vejez rescatando a gente que antes habría muerto. Sin embargo, este aparente triunfo sobre la naturaleza va acompañado de su penitencia: ahora no sabemos manejar el paso entre la vida y la muerte.

Parte de este fracaso es inevitable, siempre habrá cierta angustia e incertidumbre sobre la llegada de la muerte. Pero, para Callahan, la tragedia es que la medicina en las últimas décadas de euforia se ha olvidado de desarrollar una comprensión coherente e integrada del lugar de la muerte como parte natural de la condición biológica humana. Esta distorsión ha llegado al extremo de que la medicina ahora asume que la muerte no es un fenómeno natural sino la consecuencia de una deficiencia biológica corregible. “Ahora no sabemos si la muerte debe ser aceptada como parte de la vida o rechazada como un accidente reparable” (1993, p. 14).

Esta idea de la muerte como un accidente reparable conlleva la obligación moral de intervenir. Si no intentamos evitar la muerte, hay culpa moral ya que hay personas que pueden morir cuando podían seguir viviendo. “(Ahora) es nuestro albedrío, nuestra acción, la que hace de la naturaleza lo que es, o, más aún, lo que antes considerábamos que era la muerte natural ahora es una interpretación creativa, una obra artificial” (1993, p. 63).

Pero, ciertamente, “esta idea de una naturaleza desaparecida, que ha sido reemplazada por el arte humano y el artificio científico, está poderosamente viva, aunque a menudo escondida bajo la superficie” (ídem). Callahan pone algunos ejemplos para ilustrar cómo funciona esta lógica. Algunos médicos se resisten rutinariamente a apagar respiradores y otras máquinas que sostienen la vida con pacientes que morirán irreversiblemente sin este apoyo porque experimentan su acción como equivalente a matar al paciente. Otros médicos suelen estar más dispuestos a no iniciar un tratamiento que a finalizarlo una vez iniciado. En el primer caso, creen que la enfermedad será responsable de la muerte. En este último, creen que será su decisión la que acabará con la vida.

Asimismo, muchas enfermeras y médicos son reacios, y a veces se niegan, a aceptar decisiones para detener la nutrición artificial con pacientes moribundos, demencias avanzadas o en un estado vegetativo persistente. Su razonamiento es que el paciente morirá de hambre debido a su omisión. Por otro lado, los defensores de la investigación a menudo argumentan que la falta de asignación de dinero a la búsqueda de una cura de una enfermedad letal (por ejemplo, el SIDA, el cáncer de mama, la enfermedad de Alzheimer) manchará las manos de sangre de aquellos que niegan el dinero. Vemos así cómo las transformaciones técnicas y la sensibilidad ante sus consecuencias han tenido notables consecuencias prácticas en las decisiones profesionales.

Debate sobre el final de la vida

Comienza Callahan su libro *The Troubled Dream of Life: In Search of a Peaceful Death* (1993) recordando que el debate sobre el final de la vida se circunscribe a la toma de decisiones pero no incluye una reflexión profunda sobre la propia muerte:

“Probablemente no sorprenda esto en una sociedad más cómoda con la regulación legal que con el discurso filosófico o religioso, y más a gusto con el lenguaje moral centrado en la toma de decisiones que con la sabiduría de esas decisiones. Hablar de la muerte misma, y cómo debe encontrar un lugar en nuestro autoconcepto, es más difícil” (Callahan, 1993, p. 13).

Para Callahan este es uno de los daños de las sociedades liberales, considerar que los debates sobre los asuntos morales importantes de la vida, sexualidad, envejecimiento, nacimiento y final de la vida, deben estar circunscritos a la esfera privada. “Estamos en una sociedad que utiliza la excusa del pluralismo, del respeto a cualquier decisión autónoma, para eliminar el intercambio serio sobre los problemas más profundos, que han sido desterrados al reino de lo privado, enajenados de la plaza pública” (ídem).

Pero lo cierto es que la medicina contemporánea no se ha ocupado realmente de la muerte como fenómeno. “A pesar de todos sus grandes triunfos, la medicina contemporánea no sabe qué hacer con la muerte. Ante el fin de la vida, hay un vacío preocupante de ideas en medicina... La muerte no tiene un lugar bien entendido en la teoría médica, incluso aunque permanezca omnipresente en la práctica” (1993, p. 14).

Para Callahan, estos cambios trascendentales en la forma de morir, que derivan de avances tecnocientíficos médicos, y que en muchos casos han traído grandes mejoras para muchas enfermedades, deberían haber generado una reflexión profunda sobre la muerte. En cambio, la medicina elige profundizar en las decisiones ante la muerte en lugar de en el significado de la muerte. Esto se da debido al desarrollo que los derechos individuales han tenido en la sociedad, paralelamente a los avances científicos, y la falsa idea asociada al pluralismo, que asume que debe haber cierto pudor o protección antes de debatir públicamente asuntos existenciales de la vida, arrinconándolos a la esfera privada.

“En lugar de perseguir preguntas de ese tipo, hemos descubierto en el lenguaje de la elección y los derechos una buena evasión. Este debate de la elección es ideal para una sociedad que tiene cada vez más difícil diferenciar entre la auto-comprensión y las demandas de más libertades civiles... preferimos debatir

sobre “elección” ante la muerte que sobre la “muerte misma”, como si este fuera a ser un enfoque liberador” (1993, p. 35).

Callahan reconoce que esta profundización en las decisiones era razonable porque la medicina paternalista seguía negando hasta hace bien poco el derecho de las personas a rechazar o suspender tratamientos al final de la vida. El debate sobre la elección sirvió para estimular el interés público. Pero, finalmente, se ha mostrado claramente insuficiente. Callahan describe gráficamente qué pasa cuando se puede elegir pero no hay una reflexión sobre lo que se elige:

“Consideremos a lo que hemos llegado. Usted pregunta: “¿Qué significa la muerte?” La respuesta: “Eso depende de lo que usted crea” Usted pregunta de nuevo, no del todo satisfecho: “Pero, ¿en qué debo creer?” La respuesta: “Eso forma parte de su derecho a decidir”. Usted pregunta una vez más: “¿Qué clase de persona debería ser para no tener que hacer estas preguntas y poder ejercer adecuadamente esos derechos?” La respuesta: “¿Quién sabe?”” (ídem).

Es decir, para Daniel Callahan hay un movimiento conceptual contradictorio:

“Cuanto más públicamente sancionamos nuestro derecho a elegir, parece más enterrado y más oculto el significado de la muerte en nuestras vidas, y más excluida de cualquier discurso público común parece que queda la muerte. Cuanto más pública es la posibilidad de elección, más privado se hace el contenido y la orientación que debe sustanciar esa elección. En lugar de intentar estimular nuestra comprensión colectiva de la muerte, el énfasis social ha ido dirigido al establecimiento de un conjunto de derechos sobre nuestra muerte” (ídem).

Quizá Callahan está señalando uno de los problemas que pueden surgir con el debate social y político acerca de la muerte médicamente asistida en el mundo. Volver a dejar pasar la oportunidad de hablar de manera colectiva sobre la propia muerte y su significado en la vida de unos ciudadanos que están sometidos a una sociedad y un sistema sanitario intensamente medicalizadores.

“Fácilmente pasamos del “¿qué debo elegir?” al “¿qué tengo derecho a elegir?”... (y) un derecho a la elección que no se complementa con recursos culturales y morales, con incentivos para ejercer ese derecho sabiamente, puede ser vacío. El activismo por ese derecho puede convertirse en una forma más de

evadir el pensamiento sobre la muerte y, en este proceso, añadir un nuevo terror a las personas: la necesidad de tomar una decisión en ausencia de cualquier sentido de cómo hacerlo” (Callahan, 1993, p. 36).

Así que una primera salvaguarda ante la posibilidad de un debate político y social sobre la muerte médicamente asistida bien podría ser, para Callahan evitar convertir el debate sólo en un problema de derechos y olvidar profundizar, a través de posibles referentes culturales y morales, en el sentido de la muerte en nuestra sociedad.

La desculturización de la muerte

Las búsquedas de la medicina contemporánea y sus implementaciones biotecnológicas han cambiado el panorama sobre la muerte como fenómeno al que dar respuesta. En este tiempo en que prima eficiencia y la técnica es parte de lo cotidiana, no sorprende que las respuestas que se han ofrecido al morir hayan sido propuestas desde la técnica. Como tal, es también tarea de la bioética, no sólo reflexionar al respecto, sino ayudar a tomar decisiones políticas y sociales en el asunto⁸.

Para Daniel Callahan, la comprensión de la muerte en las últimas tres o cuatro décadas de desarrollo de la medicina tecnocientífica previas a su libro, ha empeorado por dos razones respecto a la que tenían los profesionales sanitarios en tiempos más remotos. En primera instancia, la muerte es compleja, ya no es ni sencilla, ni rápida, ni aceptada:

“(Hay) una pérdida de la familiaridad y la sencillez que marcó la muerte anterior, una muerte que era aceptada con cierta resignación y tranquilidad; una muerte que, en la era de enfermedades infecciosas, llegaba rápida. Ahora nunca hay simplicidad en la muerte; hoy en día, la muerte, que transcurre en su mayor parte en instituciones, suele requerir una decisión específica para suspender un tratamiento médico. Y esta muerte nos aterroriza cada vez más a pesar de que todas las posibilidades que tenemos para su gestión. El incremento de la

⁸ Fonti, D., Stauber J., (2017). *Responsabilidad ante la mercantilización de la muerte (cómo la bioética puede salvar la vida de la muerte)*. Revista Andamios, vol. 14, nº33, pp. 77-101.

incertidumbre y de la capacidad de gestión solo han aumentado el miedo” (Callahan, 1993, p. 33).

En segundo lugar, la muerte está des-culturizada, porque ya no sucede en una comunidad de valores compartidos. La percepción que se tiene sobre ella ha cambiado fuertemente. Al respecto, Norbert Elias, en su obra *La soledad de los moribundos* (1982)⁹, reflexiona sobre el contexto actual social, donde la muerte posee un carácter oculto, e incluso reprimido.

“Existen varias posibilidades de afrontar el hecho de que toda vida, y por tanto también la de las personas que nos son queridas y la propia vida, tiene un fin. Se puede mitologizar el final de la vida humana, al que llamamos muerte, mediante la idea de una posterior vida en común de los muertos en el Hades, en Valhalla, en el Infierno o en el Paraíso. Es la forma más antigua y frecuente del intento humano de entenderse con la finitud de la vida. Podemos intentar evitar el pensamiento de la muerte alejando de nosotros cuanto sea posible su indeseable presencia: ocultarlo, reprimirlo. O quizá también mediante la firme creencia en la inmortalidad personal «otros mueren, pero no yo», hacia lo que hay una fuerte tendencia en las sociedades desarrolladas de nuestros días. Y también podemos, por último, mirar de frente a la muerte como a un dato de la propia existencia: acomodar nuestra vida, sobre todo nuestro comportamiento para con otras personas, al limitado espacio de tiempo de que disponemos” (Elias, 1982, p. 7)

Esta distancia que toma la persona para con el concepto de la muerte, según Elias, no fue siempre así. “El hecho de morir fue en otra época un asunto mucho más público que en la actualidad” (1982, p. 26). Los contextos de supervivencia, pobres condiciones higiénicas y de guerras primaron durante la mayor parte de nuestra historia, excepto la reciente.

⁹ Norbert Elias, médico y filósofo de orígenes judíos, cuya obra parte de la premisa “lo que crea problemas al hombre no es la muerte sino saber de la muerte” (Eliás, 2009:24) porque para el autor la muerte se convierte en una problemática sociológica en la medida en que cobramos conciencia de que su importancia no tiene que ver tanto con el proceso físico que atraviesan los cuerpos sino con un temor construido socialmente.

Sentido sobre la muerte y el morir

Partiendo de la aseveración de Elías de que “la muerte es un problema de los vivos. Los muertos no tienen problemas” (Elías, 2009, 22-23), buscaremos profundizar en este tema. Hacernos conscientes de tal problemática no pasa desapercibido para el mencionado autor.

Continúa la cita (ídem): “De entre las muchas criaturas sobre la Tierra que mueren, tan sólo para los hombres es un problema morir. Comparten con los restantes animales el nacimiento, la juventud, la madurez sexual, la enfermedad, la vejez y la muerte. Pero sólo ellos de entre todos los seres vivos saben que han de morir. Tan sólo ellos pueden prever su propio final, tienen conciencia de que puede producirse en cualquier momento, y adoptan medidas especiales – como individuos y como grupos– para protegerse del peligro del aniquilamiento”.

Al reflexionar sobre la muerte, la historia de la humanidad ha tomado diversas miradas y actitudes. Para Elías existen al menos cuatro modos, de forma sintética. En primer lugar el intento más antiguo que consiste en las variadas maneras de imaginar una posterior vida en común de los muertos. En segundo lugar, prevalece la actitud de ocultar o reprimir el pensamiento de la muerte. Luego estaría la creencia en la inmortalidad personal, la muerte es algo que le sucede a otros, y no a mí. Por último, la postura de mirar de frente a la muerte, no como un misterio o como la apertura de alguna puerta, sino como un dato de la propia existencia.

Desde esta última forma de encarar la problemática, cabe aclarar que “la imagen que todo ser humano tiene, en su conciencia, de la muerte se halla en la más estrecha vinculación con la imagen de sí mismo, del hombre en general, que prevalece en la sociedad en la que cada cual vive (...) Esta forma de vivirse a sí mismo, la propia imagen del *homo clausus* característica de un determinado estadio de civilización, se halla a buen seguro en la más estrecha relación con un modo también específico de experimentar anticipadamente la propia muerte y, en las situaciones críticas, de vivir la propia extinción” (Elías, 1982, p. 66-67).

Como tal, la muerte es un episodio de la vida humana sumamente personal, subjetivo. Por tanto, mediado por las experiencias subjetivas pero también interdependientes del resto de los seres humanos, que en un estrecho diálogo

se comunican entre sí. “El sentido es una categoría social. Y el sujeto correspondiente a esta categoría social es una pluralidad de seres humanos vinculados entre sí. En el intercambio mutuo, los signos que se dan unos a otros, y que pueden ser diferentes de un grupo humano a otro, adquieren un sentido, que inicialmente es un sentido común” (1982, p. 68).

En un contexto y una comunidad de individuos se suelen establecer códigos y signos comunes. El valor y significado que se le atribuyen a estos signos les pertenece, y seguramente no es equivalente al que otro grupo le puede asignar. Del mismo modo sucede con el sentido de la vida de una persona para consigo misma. Entre la sensación que tiene una persona de que su vida tiene un sentido y la idea que se hace de la importancia que tiene para otras personas de su comunidad que integra existe una estrecha relación. “A este nivel se entiende también sin más, por lo común, que expresiones tales como vida absurda o como llena de sentido, carente de sentido, vacía de sentido, referidas a la vida de una persona, estén estrechísimamente relacionadas con el significado o la importancia de lo que una persona es para otras y de lo que hace por ellas” (1982, p. 70-71).

Vida buena o con sentido

Los jóvenes y los niños no están exentos de morir, pero no se puede negar que la muerte se hace presente sobre todo en personas mayores de 65 años, y mucho más en las de 85 años (Callahan, 1987, p. 25). Y aunque la medicina ha de enfrentarse cara a cara con la muerte, hay una frontera que no puede ni debería aún superar, la de la muerte misma. Considera Callahan que debiera dar media vuelta de la ambiciosa búsqueda por extender la vida en los ancianos y concentrarse en el estilo y calidad de vida de los más jóvenes, su salud, tanto mental como física.

Hacen falta dos condiciones. La primera es que tanto jóvenes como ancianos puedan entender que más allá de las limitaciones del tiempo se puede vivir de manera plena, sin necesidad de recurrir a la medicina como la única que posibilite vivir de una manera tolerable. La segunda condición que precisamos es que como sociedad construyamos una cultura donde el envejecimiento sea tratado con aprecio y respeto, sin que este se convierta en el centro de atención

por sobre los jóvenes. Si la muerte y el envejecimiento se siguen construyendo a la vista de los jóvenes como algo peligroso y depresivo se terminará constituyendo como un peligro.

Callahan considera, por tanto, que con una reflexión profunda y madura sobre el concepto de vida buena, los límites inevitables de la existencia, la racionalidad económica de la utilización de las tecnologías sanitarias en cada circunstancia, una solidaridad recíproca y consentida entre jóvenes y ancianos y una formación adecuada de los profesionales sanitarios en los procesos de toma de decisiones al final de la vida (decisión compartida, planificación de cuidados, limitación del esfuerzo terapéutico), no haría falta regular la muerte médicamente asistida. En esta parte del libro Callahan describe lo que considera una buena muerte:

“Me he preguntado muchas veces qué modelo moral puede encarnar una persona que se está muriendo. Una persona al final de sus días va a ser cuidada por médicos y enfermeras, familiares y amigos que algún día se encontrarán en la misma situación ¿Qué nos gustaría que recordaran de nosotros cuando les llegue a ellos la hora? A mí me gustaría que recordaran de mí que acepté mi muerte, que no me comporté con autocompasión, que estuve alegre y me mostré lo más firme que pude y, sobre todo, que les mostré mi agradecimiento por el cuidado que otros me estaban dando a pesar del dolor emocional que muerte podía producirles” (Callahan, 1987, p. 9).

Recepción de la muerte socialmente tolerable

Hay una circunstancia de la ancianidad contemporánea que se ha incorporado relativamente hace poco tiempo. El hecho de que los ancianos hoy en día puedan gozar de una jubilación les abre estas posibilidades de llevar adelante tareas que no pudieron gozar mientras trabajaban. Incluso para aquellos que tuvieron que lidiar con trabajos insatisfactorios o arduas tareas domésticas, los últimos años de su vida se pueden convertir en la recompensa. Pero cuando una persona fallece sin haber alcanzado a vivir esta nueva etapa de la ancianidad, se suele hablar de muerte temprana, incluso si se está en la edad de los 65 años.

Cabe entonces categorizar a la muerte socialmente tolerable como la muerte dentro del período de vida donde: a) las posibilidades de vida propia han sido

alcanzadas, b) las obligaciones morales para con aquellos que uno tenía responsabilidades han sido resueltas, c) no significará una ofensa para otros ni les tienta a sentir desesperación o rabia por la finitud de la existencia humana. Se trata de una definición biográfica, no biológica. Cuando habla de haber alcanzado las posibilidades que la vida le ha presentado a la persona se refiere las oportunidades limitadas que nos ofrece la vida en su extensión. Podrán ser de trabajo, amor, procreación y crianza de hijos, la convivencia con otros y la búsqueda de ideales morales, la experiencia de la belleza, los viajes o el aprendizaje y el conocimiento, entre otros.

Parece indudable que la muerte en medio de un gran dolor o de un gran sufrimiento psicológico no puede ser considerada, ni por la persona afectada ni por las que la rodean, como algo aceptable o adecuado en algún sentido. Parece ser algo indigno. La llegada de la muerte, salvo cuando es súbita, constituye un momento para reflexionar sobre la trayectoria de la propia vida, solucionar desavenencias si fuera posible, dejar a un lado la mezquindad que tan a menudo marca nuestra vida diaria y considerar, en compañía de los seres más queridos, qué es importante y duradero. Y añade Callahan “si la medicina puede ayudar a conseguir las condiciones físicas necesarias para posibilitar este tipo de muerte, estará contribuyendo de forma crucial a la vida como un todo” (1990, p. 13).

Significados de la muerte

Han existido dos maneras de entender la muerte que se han opuesto durante largo tiempo. Por un lado, nos han dicho que la muerte es una parte de la vida la cual debemos aceptar con dignidad. “Con qué hermosura aceptó la muerte”. Pero, a su vez, la muerte ha sido puesta como el enemigo primero de la vida misma. “Ella luchó hasta el final”. Entonces, ¿cuál debería ser la actitud? ¿El rechazo o la aceptación? Cada una de las propuestas tiene un argumento muy consistente en sí mismas, y por ello nos conducen ante la compleja situación de tener que elegir una, sin dar lugar a la otra.

Hay una realidad objetiva a la cual no podemos rechazar, que es nuestra naturaleza biológica impersonal, la cual compartimos con todos los seres vivos. Esta nos da tanto la vida como la muerte, y no nos ha dado posibilidad de elegir

fuera de estas opciones. Pero la otra realidad que nos es innata es nuestra búsqueda por vivir, por sobrevivir, y moldear todo lo que esté a nuestro alcance para lograrlo. Eso incluye nuestra naturaleza biológica.

Los científicos de la medicina nos dicen que la naturaleza es maleable. Las enfermedades que causan muertes pueden ser curadas, incluso prevenidas. La muerte ya no es un enemigo, desde este punto de vista. No es siquiera una gran preocupación buscar comprenderla. Pero es justamente aquello a lo que Callahan pretende que reaccionemos.

¿Qué es la muerte? El diccionario la define como 'la completa y permanente cesación de todas las funciones vitales en un ser vivo, el final de la vida'. Esta definición es correcta, pero carece, dice Callahan (1990, p. 160), del sentido profundo que necesitamos los humanos para comprenderla. Para conocer este significado nos conviene partir de preguntas más existenciales, como ¿por qué le tememos a la muerte? Así como la vida nos dio todo, tiene la posibilidad de quitárnoslo todo. E incluso, antes de hacerlo, nos vuelve viejos y nos enferma. Desde luego, que el dolor y el descontento han de ser parte de la respuesta a por qué tememos a la muerte. Pero sólo parte de la respuesta en su superficie. El envejecimiento, como bien hemos descrito anteriormente, lleva a la persona a perder sus roles sociales. Esto, por lo general, lo lleva a tener menor participación social y la pérdida de las relaciones con otros pronto acontece. Perder aquellas personas significativas, las que otorgan amor y respeto, pueden conducir a uno a desesperar. Esta es claramente otra capa de la respuesta. Pero pensar en el después, puede causar la mayor angustia. Cuando uno no esté más presente entre los seres queridos, seguramente traerá aparejada una tristeza e impotencia muy grande, porque aquí nos encontramos indefensos.

La continuidad de la vida y la muerte

Una de las visiones que se tiene sobre la muerte es como la de un evento que está siempre prefigurado durante la vida. Como una vida llena de pequeñas muertes. La otra concibe a la vida y a la muerte entrelazada y necesaria la una de la otra. La vida no puede pensarse sin su innegable final en la muerte. Hans

Jonas¹⁰ dice al respecto “(la muerte) es coexistente a la vida...La mortalidad (es) un atributo esencial para la vida como tal... el hecho de que la creatura pueda morir expone la constante de la posibilidad de la muerte; y el hecho de que, eventualmente, deba morir, está destinado por la última necesidad de la muerte” (Jonas, 1992, p. 34).

La ideología de la medicina moderna ha llegado a decir implícitamente que nosotros los humanos tenemos una naturaleza infinita. Esto conlleva pensar que la ciencia podrá descubrir los misterios de la vida biológica, y que en su proceso nos ayudará a crear infinitos caminos para mantener la muerte lejos de la vida. Pero la mirada alternativa, que Callahan asume (1993, p. 172), donde la vida y la muerte son continuas, y no fragmentadas, ofrece un fundamento mayor, tanto para entender nuestras vidas como para proponer objetivos realistas en la ciencia médica, porque parte de una idea de vida individual finita y capaz de ser entendida.

Nuestro autor resalta que a partir de la modernidad, la muerte se nos aparece, de muchas formas, como un dominio humano. Lo que antes estaba fuera del alcance de nuestra responsabilidad, ahora es responsabilidad nuestra, retiramos un respirador, evitamos la alimentación artificial o no financiamos determinada investigación. A todo esto él lo llama desnaturalización de la muerte. Es preciso entonces reflexionar sobre esta naturaleza que le asigna, no en un sentido metafísico o teleológico, sino más bien, como parte de la vida misma. Callahan, de este modo, entiende que la intervención artificial propia de nuestros métodos e investigaciones científicas han buscado romper con la inevitabilidad de la muerte, la han des-naturalizado. Cabría pensar entonces, que cada vez que la medicina, sea en tiempos contemporáneos, como en la antigüedad, intentó eliminar alguna afección mortal, se convirtió en una práctica desnaturalizadora. No es esta la intención de nuestra reflexión. Más bien, deberíamos abordar esta situación desde los términos de la proporcionalidad. Consideramos que la intervención técnica vinculada con la vida humana es proporcional cuando, considerando las posibilidades de acción y los recursos con los que se cuenta

¹⁰ Hans Jonas fue investigador u colaborador en The Hastings Center, publicando numerosos artículos como es el caso de *The Burden and Blessing of Mortality* (1992), Hastings Center Report.

se actúa de acuerdo a un racionamiento de prudencia. De este modo, la proporcionalidad de la muerte puede ser concebida dentro de una muerte aceptable, como se desarrolló al final del capítulo anterior.

La preocupación de Callahan al respecto de la desnaturalización versa sobre la responsabilidad que tenemos ahora de la muerte. Lo que antes estaba fuera del alcance de nuestra responsabilidad, ahora es responsabilidad nuestra. Al estar abordada por la intervención artificial, bajo el dominio humano, la muerte pasa a ser resultado de una decisión médica. Además de hablar de un imperativo tecnológico habría que reconocer la existencia de un imperativo de investigación que afecta principalmente la cuestión de la muerte en tanto que su principal finalidad es combatirla. Este imperativo no reconoce la muerte como algo natural o inevitable, sino que ve en ella un hecho que puede eludirse si la investigación y las tecnologías continúan avanzando. Así, la medicina, o ciertos médicos, entienden que su objetivo prioritario es evitar la muerte, quitando importancia a otras metas como puede ser el alivio del sufrimiento y el acompañamiento al final de la vida. Concretamente, si la muerte ya no es nunca natural sino consecuencia de una decisión médica, es más fácil ver como aceptable y equiparable otro tipo de decisiones como son las relacionadas con la muerte médicamente asistida. “El acto de matar, en este sentido, sería tan humano como el acto de permitir vivir o morir, pero, en algunos casos, más misericordioso” (1993, p. 67).

Por ello, en su búsqueda de proporcionalidad ante la muerte, Callahan no propone una vuelta a la situación previa a la revolución tecnocientífica médica sino a una interpretación plausible y útil que ponga la responsabilidad humana en su sitio. “Hay que encontrar límites a la responsabilidad humana por la vida y la muerte” (1993, p. 72). Lo que Callahan defiende es que los seres humanos, en especial los médicos, tienen sólo una responsabilidad limitada sobre la muerte que es una realidad biológica independiente. La naturaleza de la muerte entonces, no es la de un principio absoluto independiente en sí mismo, sino que obedece al pragmatismo de las ciencias. La preocupación por su desnaturalización no se centra en la pérdida de su valor metafísico, sino más bien, en las consecuencias morales de responsabilidad que se proyectan en los hombres.

La muerte como mal

Antes de nacer siquiera, no había nadie allí para experimentar la vida, ni tantear los gustos del vivir. Después de una vida vivida sabemos bien todo lo que hay por perder, y sabemos que no podremos tenerlo otra vez. Ser inconscientes de una pérdida de este calibre no la convierte en una pérdida menor, y la anticipación de la pérdida de la vida antes de que suceda puede ser una verdadera fuente de miedo.

Si adoptáramos durante un momento las concepciones predominantes en las culturas griegas y romanas podríamos esquivar quizás este miedo. Según aquellas concepciones, si cesamos de existir con la muerte, no experimentaremos ningún sentido de la muerte alguno. Nuestro paso por la vida será borrado junto con la muerte. Si hay algún dolor asociado a la muerte, como mucho será temporario. Tan sólo la pérdida de la virtud y el respeto propio puede realmente herirnos. Una mala muerte no puede herir una buena vida. Se trata entonces de una salida fácil para nuestros problemas contemporáneos. Las pérdidas que acarrea la muerte en nuestras vidas presentes nos aterran tanto como las que continuarán después de nuestra muerte para los otros que nos rodean.

Otra respuesta más atractiva, y característicamente moderna, podría ser entender a la muerte como una parte necesaria de la vida para engendrar más. Esta es la propuesta propia de Callahan (1993, p. 163). En la naturaleza es necesaria la muerte para fecundar una nueva vida. No podemos imaginar una naturaleza que no funcione bajo esta lógica. Entendida de este modo, la muerte no puede ser mala en general. Ocupa un lugar irremplazable e indispensable en la naturaleza.

La muerte es una parte del ciclo de la vida natural, como ya se ha expresado. Pero esto no responde a las preguntas individuales. Ningún individuo pidió ser parte de este proceso llamado vida. La tensión que se tiende entre nuestros status biológico y nuestra autopercepción como seres irrepitibles sigue teniendo a la muerte en el centro de la escena. Por más que intentemos integrar una tercera dimensión de carácter religioso o trascendental, dice Callahan (1993, p. 164), que nos sigue dividiendo a la hora de dar una respuesta.

Nuestra individualidad tiene anhelos y posibilidades, que viviendo en el presente, tiene la posibilidad de un futuro. En este sentido, somos nuestras posibilidades, no simplemente lo que acabamos siendo en un momento o lugar determinados. La mayor de estas posibilidades es triple: una vida de sentido, una vida de sentimientos y emociones, y una vida de relaciones con otros. El tiempo es nuestra esperanza, tanto así como nuestro enemigo. Nos provee las posibilidades para cumplir con nuestros anhelos, así como la entropía que nos llevará al final de nuestras vidas. La muerte puede ser entendida, entonces, como un mal, porque con ella, todas las posibilidades mueren. Ya no hay futuro, sólo recuerdos del pasado que no nos pertenecen, porque no estamos más allí para pertenecerlos.

Así y todo, no podemos interpretar lisa y llanamente a la muerte como un mal sin una interpretación correlativa de la vida. No podemos negar que la vida es buena, o al menos, está abierta a las posibilidades del bien. Pero ¿qué clase de bien? ¿Es un bien intrínseco, por lo que la vida ha de ser aceptada sin importar todo el dolor que ella nos pueda traer? ¿O es un bien contingente dependiendo de las condiciones de cada vida? Si tomamos el punto de vista anterior, el mal es un mal intrínseco. Pero si consideramos a la vida como un bien contingente, la muerte no necesariamente será un mal, dependiendo de las condiciones en las que la vida se desarrolle.

La paradoja es que debemos estar vivos para atravesar el desafío de la vida, y si estamos muertos no podemos disfrutar de los beneficios de la vida. Sólo si entendemos la vida como un bien, y la muerte como un mal, podemos hablar de algunas muertes como más tolerables que otras. Si debemos morir, lo mejor será hacerlo una vez hayamos alcanzado la mayoría de las posibilidades de la vida.

Al usar el término significado hay que enumerar tres elementos: nuestra forma de entender y explicar nuestra situación humana; el valor que sentimos hacia nuestras vidas; y la sensación de plenitud e integridad emocional que experimentamos. Si no podemos encontrar algún sentido a por qué la vida es como es, estaríamos destinados a sentirnos víctimas de un sistema injusto. Si no valoramos nuestra vida de algún modo, no sabremos qué desear o apreciar. Si no alcanzamos a integrar nuestros sentimientos con nuestro razonar nos volveremos en contra nuestra. Los tres elementos son necesarios (1993, p. 168).

La muerte como mal biológico

Surgen algunos problemas serios incluso si aceptamos la posibilidad de encontrar un significado general y genérico en la presente disposición biológica. Si nosotros aceptamos la noción de que hay algún significado por descubrir haciendo a la muerte en general tolerable, ¿esto se convierte necesariamente que cada muerte humana es igualmente tolerable? ¿Podemos nosotros decir que incluso en este mundo donde la muerte tiene un lugar esencial, algunas muertes individuales están mal, y que esas muertes habrían de ser resistidas?

La muerte puede ser denominada como un mal biológico cuando los tiempos y las circunstancias son complejas. Al hablar de los tiempos de la muerte Callahan se refiere al lugar de la muerte en el ciclo de la vida. Si se lo ve desde un plano horizontal de la muerte, es más común ver que tal muerte llega antes de lo que debería haber llegado. Bajo el término 'circunstancias' de la muerte Callahan nos señala las condiciones que determinan el impacto de la muerte en una persona y nuestra evaluación de ellos (1993, p. 178).

La muerte es un mal biológico cuando se da antes que el ciclo entero de la vida se cierre. Al hablar del ciclo de la vida, se hace referencia a la mayor cantidad de posibilidades que un individuo puede participar en la vida de una sociedad. Pero tampoco quiere decir esto que sea necesario alcanzar el máximo del ciclo de la vida. No hay evidencia de que una vida larga sea garantía de alcanzar todas las posibilidades de una persona.

La muerte es también un mal biológico cuando las circunstancias no son favorables. Un accidente es la circunstancia más evidente donde algo que no debería haber ocurrido sucede. Las causas de este accidente vienen de afuera, no le corresponden al individuo que le acaece.

La muerte como mal moral

La muerte es un mal moral cuando el tiempo y las circunstancias de la muerte están sujetas a la influencia humana y lo convierte en culpable. Al llamarlo culpable Callahan (1993, p. 180) quiere expresar que la muerte no debería haber ocurrido si no hubiese sido por la influencia de otro humano. Si no se hubiese dado ese accionar que ocasionó la muerte, esta última no hubiese advenido. La

gente normalmente muere de causas naturales, en cuanto esperables, no por acciones humanas omitidas. Es el cuerpo el que falla generalmente, no otros seres humanos. Lo que importa es nuestro juicio moral acerca del tiempo y las circunstancias de tales muertes. Así y todo, es un juicio moral peculiar que tenemos que hacer: pareciera ser que tenemos mayor poder y obligación de la que en realidad tenemos. Porque la muerte es biológicamente inevitable y necesaria, dada nuestra naturaleza orgánica, no debería haber nada malo en permitirle a alguien que en algún momento muera. Esto va a pasar de cualquier modo, más allá de lo que nosotros hagamos. Nuestro poder está radicalmente limitado. Nuestro problema moral entonces es poder determinar cuándo este punto se ha alcanzado.

Anteriormente Callahan sugirió que la idea de que un momento decisivo en donde se puede decir que una persona se está muriendo, o que la enfermedad que padece es terminal, se está convirtiendo cada vez menos útil como criterio para tomar decisiones para terminar un tratamiento. Con los avances de la tecnología cada vez es más difícil poder determinar esto. La medicina cada vez tiene mayores herramientas para mantener un cuerpo con vida incluso después de haber abandonado la comunidad humana como un participante consciente.

¿Cuándo es aceptable la muerte?

La muerte es aceptable, Callahan entiende (1993, p. 184), cuando llega al punto de la vida de una persona en que los esfuerzos por aplazar la muerte tienden a deformar el proceso de la muerte, o cuando existe un buen encaje entre la inevitabilidad biológica de la muerte en general y el tiempo particular y las circunstancias de la muerte en la vida de un individuo. Este criterio dual no implica que haya un momento perfecto para morir. Es tan sólo un criterio para aceptar el advenimiento del final de la vida dentro de un rango aceptable de posibilidades.

Callahan (1993, p. 185) se refiere a aceptable no en un tono de resignación, sino teniendo en cuenta que se hayan cumplido con un conjunto mínimo de las posibilidades de la persona. No hay nada malo con morir a una edad previa a la socialmente esperada. El criterio habría de ser entonces que la muerte llegue en

un contexto donde el individuo conserve la plenitud de su conciencia. De este modo, podemos decir que una muerte aceptable es aquella que no está ni biológica ni moralmente mal.

Desde luego, no todas las muertes pacíficas son muertes aceptables. Una muerte que llega en el momento o en unas circunstancias erróneas, incluso si es pacífica, no es aceptable.

Una muerte debería ser moralmente aceptable si la medicina ha tomado la inevitabilidad de la muerte como uno de los puntos de partida del tratamiento. La muerte también puede ser moralmente aceptable si, pensando en el tiempo y las circunstancias, la medicina se propone conservar la vida pero no al costo de deformar la muerte. Es aceptable si no ha extendido la vida más allá de sus posibilidades. Es aceptable si el esfuerzo por extender la vida no se ha hecho uso de tecnologías bajo políticas controversiales. Está por encima de todo, una muerte aceptable, si se reconoce la inviolabilidad y el valor de la vida. La vida no depende exclusivamente de la medicina para desarrollarse. Desde luego que esta la puede beneficiar, pero sin la medicina, la vida ya ocurría. La vida humana es sagrada por ser fuente de la conciencia humana, la cual puede ser alcanzada a veces y protegida por la medicina, pero no depende de ella como su protección última.

Capítulo 3: El principio de autonomía en Callahan

El profundo interés antropológico y práctico que se despierta en Callahan sólo está precedido por sus estudios como pensador bioético. En su crítica al sistema de distribución de posibilidades y asistencia social norteamericano podemos observar una detracción implícita hacia el individualismo por sobre la asistencia de aquellos sectores populares que más necesitan del sistema de cuidado de la salud. Asimismo, notamos que su propuesta de racionamiento, justificada en el sentido y rol vital de los ancianos, puede conducir a la imposición de un régimen arbitrario por su parte al delimitar el criterio basado en la edad. Para aquellos usuarios que se encuentren por encima del límite etario, tal reglamentación volvería nula su capacidad de actuar, o ejercer su derecho a ser tratado. Tal situación, en el ámbito de la bioética, se reconoce en tal situación la necesidad de aplicar uno de los principios fundamentales como lo es la autonomía.

Para comprender de qué principios estamos hablando, es necesario mencionar el Informe Belmont. Este informe surgió cuando en la década de 1970, se dio a conocer el caso de Tuskegee en Alabama. En este se había negado el tratamiento con antibióticos a personas afroamericanas infectadas con sífilis, bajo el supuesto objetivo de conocer la historia natural de la enfermedad. Este caso conllevó la búsqueda por crear una serie de principios éticos que regularan las prácticas de investigación en seres humanos, y así desarrollar las directrices para asegurar que estas investigaciones se realicen de acuerdo con las normas establecidas. Es así como el 18 de abril de 1979 se da a conocer el informe Belmont Principios Éticos y Directrices para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación.

Fundamentalmente, en este informe se presentaron los tres principios básicos de la bioética, que se enfocan en el respeto por las personas, beneficencia y justicia. Cabe aclarar, que el principio de beneficencia encuentra una distinción en el que actualmente se lo divide en beneficencia y de no maleficencia.

Propiamente, al principio de autonomía se lo reconoce como el de respeto por las personas. Este principio se refiere a respetar la autonomía de cada persona, lo que significa dar valor a las opiniones y elecciones de las personas, al mismo tiempo que se evita obstruir sus acciones, a menos que estas sean perjudiciales

para otros. Una persona autónoma es capaz de deliberar acerca de sus metas personales y de actuar en el sentido de tales decisiones. Puede ocurrir que ciertos individuos pierdan parcial o totalmente su capacidad de autodeterminación debido a enfermedad, perturbación mental o circunstancias estrictamente restrictivas de la libertad. En estas condiciones las personas pueden requerir protección mientras se encuentran incapacitadas.

En segundo lugar, se menciona el principio de beneficencia. Frecuentemente dicho término se entiende como bondad o caridad pero para efectos de este documento se comprende más en el sentido de obligación. Este principio indica que las personas no solamente deben de tratarse de manera ética respetando sus decisiones y autonomía sino también procurar su máximo bienestar. Por lo que se han formulado dos reglas para este principio, no hacer daño, no malevolencia, y procurar el máximo de beneficios y lograr el mínimo de posibles daños, beneficencia.

Por último, se plantea el principio de justicia. Para efectos de la bioética, este principio exige que haya equidad en la distribución de los beneficios y los esfuerzos de la investigación. Equidad entonces quiere decir igualdad de oportunidades. Desde luego que esto conlleva una discusión interna, de si se debe dar a cada persona una participación igual o se debe dar a cada persona de acuerdo con su necesidad individual. Hay quienes reclaman que no se debe dejar de lado el esfuerzo individual, la contribución social y/o el mérito.

Retomando, el concepto de autonomía es introducido por Kant en la *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Anteriormente a Kant, la palabra autonomía tuvo un sentido exclusivamente político. La palabra autonomía se deriva de las palabras griegas *autos*, yo y *nomos*, regla. Etimológicamente significa la capacidad de darse uno a sí mismo las leyes, y por tanto, el carácter autolegisador del ser humano. En la ética kantiana el término autonomía tiene un sentido formal, lo que significa que las normas morales le vienen impuestos al ser humano por su propia razón y no por ninguna otra instancia externa a él. En bioética este término tiene un sentido más concreto, viniendo a identificarse con la capacidad de tomar decisiones y de gestionar el propio cuerpo, y por tanto la vida y la muerte, por parte de los seres humanos. El consentimiento informado o voluntario se convirtió en el eje primordial en el

desarrollo de la bioética moderna al implementar la necesidad de respetar la libertad de las personas y la autonomía en la toma de decisiones con respecto a su participación en experimentos médicos científicos o tratamientos para extender la expectativa de vida.

Al respecto, autores como Faden y Beauchamp (1986, pp. 235-273) amplían el concepto de autonomía al defender que las acciones sólo son autónomas cuando cumplen con tres condiciones. Estas son de intencionalidad, cuando la acción está orientada de acuerdo a un plan determinado, de conocimiento de la acción, y de ausencia de control externo, como la coacción, la manipulación o la persuasión. Otros filósofos, como Gerald Dworkin¹¹, incluyen una cuarta condición, la autenticidad, porque entienden que las tres condiciones anteriores son necesarias, pero no suficientes, para que las acciones sean autónomas (. Un acto es considerado auténtico cuando es coherente con el sistema de valores y actitudes habituales ante la vida que una persona ha asumido reflexiva y conscientemente¹².

Para concluir, de acuerdo con la normativa internacional, para la bioética, destaca el código de Núremberg (1946) que establece límites morales, éticos y legales para la práctica de experimentos con seres humanos para que las personas no queden supeditadas al desarrollo del conocimiento. Por el contrario, de acuerdo con este código, los resultados de la investigación científica deben supeditarse a los parámetros que garantizan el respeto a la dignidad humana, la cual impide tratar a un ser humano como medio. A la base de este parámetro subyace implícitamente el hecho de que cada persona es un fin en sí mismo. De ahí que la autonomía es inherente a la condición humana, que cada ser humano es único y que los seres humanos son iguales debido a la condición específica de identidad que define a cada uno de ellos como personas significativamente diferentes entre sí. Por esta razón, los seres humanos están obligados a tratarse con respeto y a trascender los abusos del dominio y del poder en la búsqueda por una vida más humana. Es decir, entre humanos, todos son igualmente

¹¹ Gerald Dworkin (1937-), profesor de moral, filosofía política y legal norteamericano, quien supo participar también del Hastings Center.

¹² Definición provista por el *Glosario ético y filosófico*, 2008-2010, Magíster Bioética, Universidad Complutense Madrid

dignos, precisamente, porque son humanamente diferentes entre sí y en esta diferencia radica su irrenunciable dignidad (*Principios...*, 2011, p. 103).

La autonomía en el sistema de salud norteamericano

Callahan aborda los principios clásicos de la bioética para la toma de decisiones con una preocupación. Plantea Callahan (2012, p. 70) que los cuatro principios podrían ser reducidos fácilmente a uno sólo, respeto para las personas, muchas veces entendido como autonomía personal, el derecho de tomar las decisiones propias y poner de moda la visión individual de la vida propia. La búsqueda de la justicia parecía al final tener como objetivo que los individuos recibieran el cuidado necesario para ejercer su autonomía como ciudadanos. Hasta cierto punto, los considera más como principios políticos que éticos, esto es, cómo se debe tratar a los compañeros ciudadanos en la vida pública.

En esta propuesta práctica que él impulsa, como ya hemos visto, uno de sus focos de atención está puesto en la atención sanitaria de los ancianos. En ella detecta, lo que denomina, una tensión fundamental entre el progreso médico asociado a la innovación tecnológica y los costos sanitarios. Por un lado, se extienden los intereses individualistas, completamente válidos, de quienes buscan extender su expectativa de vida, por otro, los intereses económicos de laboratorios y clínicas que fomentan brindar tales tratamientos, y al mismo tiempo, un estado dispuesto a invertir en el bienestar individual, pero deseoso de bajar su carga presupuestaria. Claramente un conflicto se cierne a la hora de tomar una decisión, donde el paciente o usuario parece tener la menor incidencia. Si cada individuo, bajo el principio de respeto, es un fin en sí mismo, ¿cuáles son los intereses que priman? ¿Los particulares de las empresas farmacéuticas, o de los laboratorios experimentales? ¿Los del estado que busca abaratar costos para poder llegar así a mayores sectores poblacionales con igualdad de capacidades?

El rol del estado es el de proveer seguridad social y medicina básica, pero el razonamiento detrás de esta convicción es la necesidad de promover igualdad de oportunidades y facilitar la libertad de decisión. De este modo, ha de ser el

estado quien proponga una respuesta organizada que sea capaz de sostener tales costos (Callahan, 2009, p. 222).

Proponer que los encargados de la salud no siempre tendrán la última palabra en los tratamientos de sus pacientes, o que se les podrían negar a los pacientes ciertos cuidados, sería visto como un ataque a la autoridad de los médicos, la autonomía del paciente, y de la relación médico-paciente. El sistema de cuidado de la salud norteamericano encierra en sí una relación médico-paciente que priva la autonomía. Los beneficios de las corporaciones priman sobre el valor de la vida (p. 229). También se podría objetar que de implementar el racionamiento que impulsa Callahan, se daría una limitación del presupuesto sanitario. Cabría entonces preguntarse si no está primando una medida económica por sobre el cuidado de la vida de esos ancianos que ya no tendrían acceso a los tratamientos en cuestión. Desde luego, nuestro autor en cuestión nos recuerda el sentido vital que debemos recobrar sobre los ancianos para poder encontrarle una solución a esta problemática.

“No podemos hablar de autonomía al final de la vida sin pensar antes qué es una buena vida. No podemos hablar de justicia en la asistencia sanitaria sin pensar qué tipo de sistema sanitario puede procurarla. Un sistema basado en la idea del progreso médico sin límites con costes cada vez más elevados seguro que no es el camino para conseguir un sistema justo... No podemos pensar sobre la asistencia sanitaria a las personas mayores sin entender antes el fenómeno del envejecimiento y su lugar en la sociedad y la vida de las personas” (Callahan, 2012, p.74).

Autonomía y responsabilidad

La cultura norteamericana se construyó poniendo en muy alto valor el derecho de elegir la propia dirección de vida y para hacer uso de la tecnología para alcanzarlo. Pero existe otra preocupación para Callahan. “El uso de la autonomía como un modo de evadir la responsabilidad moral” (Ibíd., p. 83). A esto lo llama un principio de elección responsable. En cuanto individuos, estamos moralmente responsabilizados de las consecuencias de nuestras elecciones y acciones autónomas. Para abordar este principio, nuestro autor nos propone un ejemplos

donde considera que la autonomía ha sido usada para evadir el principio (Callahan, 2012, p. 83).

En un artículo acerca del aborto publicado en la década de 1970 por la filósofa Judith Jarvis Thompson¹³. El caso propone hipotéticamente, que una persona se despierta una mañana atado, espalda con espalda en una cama unido a una persona inconsciente. Se trata esta segunda de un violinista famoso. A este se le diagnosticó una enfermedad renal terminal, y sus amigos han invertido todos los medios médicos disponibles para ayudarlo. Han descubierto que el único individuo que tiene el tipo de sangre adecuado para ayudarlo es nuestro primer personaje. Este grupo de amigos decidió secuestrarle y unir el sistema circulatorio del violinista al suyo, de modo que sus riñones serán usados para extraer el veneno de la sangre del violinista, a la vez que sirven para su propio organismo. Separarlos, implicaría la muerte del violinista. El tratamiento tiene una duración de nueve meses. En caso de cumplirse, él se recuperará de su enfermedad y los dos podrán continuar su vida con normalidad.

¿Cómo afrontar una situación con tales consecuencias? Desde luego que el consentimiento y la información previa no están siendo respetadas para con el paciente en este caso. Pero el verdadero debate se cierne sobre la decisión de continuar o no con el tratamiento. Un tratamiento que puede decidir sobre la vida o la muerte de un tercero, también ignorante de esta situación, y por ende, excusable de responsabilidad. La decisión del paciente de continuar con el tratamiento lo apresa a su compañero por nueve meses, pero también lo convierte en su salvador. Sin él, no cabe viabilidad de la vida del violinista, pero con él siendo parte de la ecuación, su libertad se ve altamente condicionada. Bien podríamos plantear que la decisión final no es plenamente autónoma, ya que las reglas están impuestas por las circunstancias y agentes externos. Desde luego que se trata de una situación hipotética, pero el debate está planteado.

Thompson dice que el individuo llevado contra su voluntad puede elegir desconectarse, por más que cause la muerte del violinista, argumentando que en los derechos a la vida nunca se concibe el uso del cuerpo de otra persona. En caso de desconectarse, el individuo no viola el derecho a la vida del violinista,

¹³ Judith Jarvis Thompson (1929-), filósofa moral norteamericana, publicó en *Philosophy & Public Affairs* en 1971 su artículo *A Defense of Abortion*. Su argumento tuvo muchas repercusiones, tanto a favor como en contra dentro del debate sobre el aborto.

sino que lo priva de algo externo, el uso del cuerpo de otra persona, lo cual no le corresponde en tanto derecho. “Si el individuo permite que el violinista use sus riñones, es un acto de amor, pero no algo de lo que te pueda reclamar como oblicación” (Thompson, 1971, p. 55).

De forma paralela, Thompson argumenta que el aborto no viola el derecho natural a la vida del feto, sino que lo priva del uso del cuerpo de otra persona, su gestante. De este modo, si la madre decide terminar con la vida del feto, no está violando su derecho a la vida, sino que le quita la posibilidad de usar su cuerpo. Desde luego que esta analogía recibió críticas al argumentar que sólo se podría equiparar a una situación de violación. De modo contrario, en un embarazo la madre no está en contra de su voluntad en esta posición, como que tampoco el segundo agente es un desconocido como el violinista, sino su propio hijo. Otra objeción es que el aborto conlleva la muerte intencional del feto, mientras que en el caso del violinista la muerte se produciría al dejarlo morir por un camino natural. En fin, el centro de la discusión en este ejemplo está puesto en la capacidad de elección que tiene la madre, o el individuo del ejemplo, para tomar esta decisión. Su autonomía está en juego. Según Thompson, es libre de optar, porque el derecho a la vida del feto, o el violinista, no limita ni determina la moralidad de su acto.

La crítica de Callahan sobre esta analogía de Thompson reside en que “su principio básico para fundamentar esto es que somos responsables sólo de aquellas decisiones que tomamos voluntariamente” (Callahan, 2012, p. 83). Ella no niega que sería beneficioso permitir que suceda, pero tampoco es obligatorio. Lo atractivo de este argumento es que desestima el estatus moral del feto. No niega el valor de la vida del violinista, sino que nos permite aliviarnos de la responsabilidad de esa decisión.

No podemos pensar la autonomía sin pensar acerca de la ética, como individuos, queremos tomar buenas decisiones por encima de malas, y lo queremos hacer contar como buena o mala decisión. ¿Qué tipo de vida queremos vivir? No podemos pensar en la justicia en el cuidado de la salud sin preguntarnos qué tipo de medicina y qué tipo de sistema de cuidado de la salud queremos podremos tener para alcanzar tales objetivos. Un sistema basado en un ideal de progreso médico ilimitado ante costos en constante crecimiento es un camino seguro a la injusticia. No podemos pensar en alcanzar grandes descubrimientos

de investigación médica, o cuidados del final de la vida en un nivel clínico, sin confrontarnos con el problema de la muerte en la vida humana. ¿Es la muerte el mayor problema humano, y deberíamos todos hacerle una guerra a la muerte? No podemos pensar bien acerca de la procreación sin intentar determinar lo que es bueno para los niños sin tener en cuenta lo que los padres desean en su libertad. No podemos pensar totalmente acerca de lo que es el cuidado médico para los más ancianos y el futuro del sistema Medicare sin antes intentar entender el lugar del envejecimiento como un fenómeno social e individual en el ciclo de la vida humana (Callahan, 2012, p. 107).

Críticas a Callahan

Este principio de respeto, o de autonomía es también abordado por otros pensadores de la época, con quienes Callahan entra en debate, como lo son George W. Hunt y Hugo T. Engelhardt. Mientras que Hunt lo critica directamente, el segundo elabora su propuesta bioética con mayor profundidad. A continuación reconstruiremos estas posiciones contrapuestas entre Hunt y Callahan, para echar más luz al asunto. Finalmente, abordaremos algunos elementos relevantes del principalismo y el individualismo fuerte de Englehardt, guardando como eje de diálogo el principio de autonomía. Para conocer más sobre su propuesta, volveremos a abordarlo como autor referente en el próximo capítulo haciendo foco en el principio de justicia.

Hunt y Callahan

George W. Hunt fue un abogado y político estadounidense que supo cuestionar las políticas detrás del criterio de edad de Callahan. Hunt (1993) critica la propuesta de Callahan por ser propia del racionalismo económico, pero advierte que hay poca evidencia para sugerir que los ahorros económicos considerables podrían ser alcanzados. Una política de retención de tratamientos para los miembros de un grupo social involucra elementos de coerción y discriminación, cosa que se entromete en la relación médico-paciente, socava la autonomía de los pacientes más ancianos, y conduce a resbaladizas pendientes hacia diferentes formas involuntarias de eutanasia.

El autor de este artículo (1993) critica a Callahan de sólo usar la edad como criterio, porque considera que las decisiones de vida o muerte deben estar

basadas en factores más relevantes como el estado de bienestar del paciente, sus deseos expresados, el consentimiento informado y el tipo de la enfermedad. Todo esto pasaría por encima principios como el de autonomía y derechos del paciente, tan sólo por encontrarse en un rango etario arbitrariamente decidido (p. 19).

Premisas erróneas sobre la mirada contemporánea sobre la muerte

La crítica se centra sobre el primer libro de Callahan, *Setting Limits* (1987), sobre tres focos. Primero, Callahan parte de premisas erróneas sobre la mirada contemporánea sobre la muerte y el deterioro. Cuando este argumenta que el propósito real de la medicina es prolongar la longevidad de la vida, Hunt le critica que su único argumento pareciera ser que todo es culpa del uso de las tecnologías. Pero de este modo está dejando de lado las disciplinas que no hacen uso de la tecnología como la psiquiatría y la medicina preventiva, y aquellas que buscan optimizar la calidad de vida antes que la cantidad, como la medicina paliativa. Hunt afirma que “Callahan sobrestima el poder de la medicina biotecnológica” (1993, p. 20). La baja de la mortalidad no puede ser explicada por el incremento en el uso de esta biotecnología, ya que muchas de estas técnicas se introdujeron décadas después de las bajas de las tasas de mortalidad se produjeran. Se considera que esta baja se produjo antes por los cuidados de higiene, estándares de vivienda, nutrición y programas de inmunización, antes que por el uso de tecnologías biomédicas. Los cambios relacionados a las enfermedades del corazón se explican por los nuevos estilos de vida propuestos. En cambio, las búsquedas biomédicas por combatir contra el cáncer no parecen dar fruto y hay quienes lo deben combatir de manera preventiva.

Las decisiones de vida o muerte deberían basarse en más de un criterio de edad, y tener en cuenta factores más relevantes, tales como el estado de bienestar actual del paciente, sus deseos expresados, el consentimiento informado y el tipo de enfermedad. “Cualquier intento de aplicar la política que Callahan propone sería rechazada por los profesionales de la salud como por el público” (Ibíd., p. 20).

La representación que muestra Callahan sobre el cuidado médico contemporáneo es “acotado y desactualizado, así como su concepción del modo en que la muerte es concebida y percibida en la sociedad moderna”(Ibíd., p. 20).

Es por todo esto que, según Hunt, las conclusiones a las que llega Callahan no pueden ser justificadas bajo falsas premisas.

Críticas morales

El principio de autonomía, en particular, apenas es mencionado en *Setting Limits*. Pero un principio moral tan *prima facie* es, desde un punto de vista de un agente individual, una condición lógica para la satisfacción de los propios intereses, y conlleva también a tratar a las personas como fines en su propio derecho antes que medios para los fines propios. Hunt le critica abiertamente a Callahan que la restricción de la autonomía para los adultos está justificada en este último desde unos supuestos ahorros económicos, cuyos beneficios podrían ser distribuidos en otra dirección. Hunt argumenta esto, no sólo porque es improbable generar tales ahorros, sino por una objeción moral. “El paradigma moral desde el que (Callahan) plantea esto es un criticismo tipo deontológico” (Ibíd., p. 21). Se refiere a los ancianos como medios hacia un mayor bien social en vez de fines en sí mismos. Él ignora los intereses y los reclamos de los ancianos, sugiriendo que ellos deben ser sacrificados para el beneficio de otros. La limitación kantiana en teoría moral, una premisa que Hunt acepta, es que los individuos importan en su propio sentido, y es por tanto injusto sacrificar personas, simplemente porque son ancianas, en vistas a una supuesta utilidad superior.

Dado un deseo de distribuir recursos de cuidado de la salud de manera justa, es una restricción deontológica que los individuos importan en su propio derecho, Hunt propone debatir que una teoría igualitaria alcanza mejor el propósito de una distribución justa. Usando la teoría igualitaria, la justicia distributiva requiere racionamiento, no para algunos bienes agregados sin embargo, sino más bien para necesidades e intereses individuales. En este sentido, los individuos deberían ser considerados como fines, independientes, y deberían ser tratados de acuerdo a la satisfacción igualitaria de sus necesidades e intereses.

En cambio, la propuesta colectivista de Callahan plantea prioridades de carácter ontológico al poner a los ancianos como medios para un fin antes que fines en sí mismos. Esto nos lleva a preguntarnos en un carácter ontológico ¿valen más los individuos que las sociedades, o son las sociedades prioritarias antes que los individuos? Esta segunda es la que está versión implícita en la visión de

Callahan, siendo que los individuos pueden existir por fuera de la sociedad, pero no hay sociedad sin individuos que la compongan. En este sentido, los individuos son los últimos constituyentes de una sociedad. Los principios éticos no tendrían gran lugar en la obra de Callahan.

Otro elemento al que Hunt le cae de forma crítica es el criterio de usar la edad como criterio para determinar quiénes pueden acceder al servicio del sistema de salud para extender la expectativa de vida. El posicionamiento utilitarista trata a los ancianos como medios para un fin antes que fin en sí mismos. El uso de la cronología como un todo, como determinante primordial a la hora de tomar decisiones de vida o muerte, es “una propuesta prohibida” (Ibíd., p. 21).

La toma de decisiones clínicas

Un último elemento en el que Hunt quiere hacer énfasis reside en que “la relación médico-paciente y la decisión clínica se vería gravemente afectada” (Ibíd., p. 22) bajo la propuesta de Callahan. Resulta discriminatorio identificar un grupo de personas en una sociedad y para asignarles menor valor a sus juicios y decisiones, partiendo de que cada interés individual ha de tener su autonomía respetada. La propuesta de Callahan discrimina negativamente a los ancianos, incluso aunque él argumenta beneficiarlos al producir de este modo una sociedad más cohesiva. “Irónicamente, Callahan aspira a mejorar a los ancianos mientras que su posicionamiento está más alineado con la gerontofobia que él intenta condenar” (Ibíd., p. 22). Si los ancianos han de ser miembros valiosos de la sociedad, con su sabiduría, los tratamientos que reciban han de ser correspondientes con ello y no depender de otros miembros de la sociedad.

Un argumento que usa Callahan para justificar su propuesta política es que al poner un límite etario, el envejecimiento y la muerte pueden ser percibidos como más naturales, y no ser evadidos a todo costo. Pero en realidad, según Hunt (Ibíd., p. 22), la muerte y el envejecimiento no son evadidos ni por doctores ni por los pacientes. Los ancianos son menos propensos a obtener tratamientos que busquen extender la vida que los jóvenes. Esto significa que la edad podría ser un factor diferencial en las negociaciones clínicas acerca de tratamientos de extensión de la vida. Esto es, teniendo iguales niveles de autonomía y un igual rango de opciones de tratamientos una persona anciana podría ser menos propensa a tomar tratamientos que perjudicarían a otro más joven. Hunt propone

que el principio de igualdad debería aplicarse a la toma de decisiones discreta acerca de tratamientos de extensión de la vida, con la distribución de autonomía y recursos apuntando a la satisfacción igualitaria de los intereses individuales (Ibíd., p. 22).

Callahan dice que *“la esencia de mi argumento era que en algún momento una atención sanitaria racional a las personas mayores debería poner el foco en si era pertinente utilizar las tecnologías más caras con aquellos ancianos que superarán los 80 años. Argumenté en el libro que en esa edad la muerte es considerada natural en cualquier cultura por haber superado la media de edad de supervivencia habitual y por haber tenido tiempo suficiente para desarrollar una vida plena, incluso aunque no se hayan cumplido todos los deseos”* (1987, p. 134).

Ante la apreciación de Callahan de que la edad es un indicador médico, Hunt argumenta que esta, como mucho, puede ser considerada un indicador asociado a factores individuales tan variantes como individuos hay en el mundo. Incluso que este indicador pudiese ser tratado con mayor importancia, no se puede tomar una decisión bajo un sólo criterio. “Esto se debe a la representación parcial que tiene Callahan de la relación médico-paciente. Él ve al médico como un agente monoterapéutico, cuyo oficio es extender la vida, y al paciente como un individuo desesperanzado sumiso al accionar paternalista del médico. (1993, p. 22)

Ante toda esta exposición, Callahan supo responderle a Hunt (1993) sobre sus propuestas de acción ante la necesidad eventual de usar la edad como criterio para racionar el uso de métodos caros y de alta tecnología para extender la expectativa de vida en el cuidado de la salud de los ancianos. Brevemente, él responde con tres elementos. En primer lugar, si bien los ancianos tienen el derecho a percibir un cuidado de la salud provisto públicamente, este derecho no puede ser ilimitado. En segundo lugar, por más que haya límites que deban ser impuestos para el buen funcionamiento, el sistema de salud público ha de ser coherente en sus servicios médicos como sociales. Por último, las decisiones de ubicación y racionamiento no deberían ser tomadas por doctores de manera individual sino por organismos bajo políticas regionales o incluso nacionales.

Finalmente, cierra Callahan su defensa sobre el sentido vital de los ancianos reforzando que “la buena salud en la ausencia de un sentido de propósito o sentido en la vida no es un bien valioso” (Callahan, 1987, p. 135).

Engelhardt y el individualismo fuerte

En la literatura bioética existen varias propuestas contrarias a la vista hasta el momento. En el caso de Hugo T. Engelhardt¹⁴ se trata de una propuesta principalista, basada en principios jerárquicamente ordenados que pretende presentar compromisos prácticos. El objetivo de este autor es elaborar una reflexión bioética para una sociedad posmoderna y secular. Busca elaborar un sistema moral basado en el consenso, en el marco de una sociedad secular, plural y pacífica. Engelhardt señala que convivimos con personas que no comparten un mismo sistema de creencias o ideologías a los que denomina extraños morales.

Su mirada parte de que ya no se puede tener la pretensión de establecer contenidos válidos para todas las personas que constituyen una comunidad secular plural. Este consenso únicamente puede buscarse en los procedimientos, lo que exigirá acordar alguna jerarquía entre los diferentes principios bioéticos. Para Engelhardt no es posible hallar otra fuente de autoridad moral más que la que procede de la propia autonomía de las personas.

La autonomía es un principio inexcusable que, aunque supone una cierta valoración mínima de la realidad, es condición de posibilidad de la sociedad secular y pluralista. Esto es, de su permiso o consentimiento. Por ello, denomina a esta intuición principio de permiso. No lo llama de autonomía para enfatizar que no es suficiente con la exigencia de un mínimo de competencia y libertad, sino que es necesario obtener el permiso o consentimiento de la persona.

El principio de beneficencia, en el pensamiento de Engelhardt, debe entenderse en el sentido de que la meta de la acción moral es lograr beneficios y evitar los perjuicios. Sin caer en una visión hedonista de los actos humanos, destaca que

¹⁴ H. T. Engelhardt (1941-2018), filósofo estadounidense defensor de una bioética laica como la única posible y deseable en las sociedades posmodernas, en que personas y grupos tienen convicciones diferentes e incluso enfrentadas. Su obra más conocida fue *The Foundations of Bioethics* (1986), y trabajó conjuntamente con Daniel Callahan en *The Roots of Bioethics. Science, Religion and Values* (1981). En esta obra participaron otros autores de renombre como Alasdair MacIntyre, Gerald Dworkin y Hans Jonas.

en una sociedad secular plural no existe ningún principio general de beneficencia dotado de contenido al que se pueda apelar. Una persona puede ver como beneficio lo que otra quizá valora como perjuicio, lo cual nos remite al principio de permiso como la única autoridad que puede decidir qué cosas han de considerarse como beneficios y cuáles como perjuicios en cada circunstancia concreta. La beneficencia es un principio subordinado a la autonomía, pues no se puede obligar a nadie a obrar el bien, quebrantando así su autonomía. Sus directivas no son de cumplimiento obligado, sino meramente exhortativas. Cuando alguien no las practica, queda automáticamente excluido de la comunidad moral, es decir, de los beneficios sociales. Para poder casar en la práctica ambos principios, es necesario que el médico conozca la valoración moral que su paciente tiene de la realidad, sin presuponerla, actuando en consecuencia y absteniéndose de aplicar los propios principios. Una consecuencia de este modo de articularse la sociedad es la tolerancia del error moral: según los criterios particulares del médico, el enfermo puede estar eligiendo algo malo, pero esa elección debe ser tolerada en base al respeto mutuo; si el enfermo persiste en su actitud después de haber sido informado del mal que le va a venir, tiene derecho a hacer eso, aunque está equivocado.

En esta búsqueda principalista, Engelhardt apela a dos principios más para dirimir los problemas que se plantean en relación con las desigualdades morales y económicas, y las supuestas responsabilidades del Estado. El primero es el principio de propiedad. La propiedad procede del permiso y se constituye en el ámbito del respeto mutuo. Violar la propiedad sería igual que violar a la persona del propietario. Los objetos y los animales se pueden poseer. Al igual que los niños y los organismos biológicos humanos son propiedad de las personas que los producen, si bien la beneficencia o la circunstancia de que se convertirán en persona, en el caso del niño o embrión, limitan los derechos de propiedad.

Finalmente, Engelhardt propone el principio de autoridad política, de acuerdo con el cual la autoridad política, moralmente justificada, se deriva del consentimiento otorgado por los gobernados y no de un criterio establecido acerca de lo que constituye la vida buena.

Engelhardt sigue una propuesta libertaria. Este autor no incorpora un principio de justicia sustantivo. Pretende que un principio semejante sea un intento de

hacer el bien (Engelhardt, 1995, p. 135). Sin embargo, para este autor esto también implica una visión sustantiva y muy polémica respecto al derecho al acceso a los servicios sanitarios. De acuerdo con su posición, no se puede justificar un derecho a la atención de la salud, ni fundamentar algún tipo de obligación correlativa por parte del Estado.

Teniendo en cuenta que la autoridad moral de la acción colectiva procede de la autorización o del consentimiento, resulta difícil obtener la legitimidad moral que permita imponer en el sistema sanitario una de entre las muchas visiones existentes de la beneficencia y de la justicia (Ibíd., p. 401). Hablar de justicia social es deshonesto, ya que sugiere un acuerdo canónico en la reflexión moral secular que es injustificable y además inexistente, también es demagógico porque incita al uso coercitivo de la fuerza estatal (Ibíd., p. 402).

Engelhardt aboga, pues, por un individualismo extremo, dado por la prioridad del principio de permiso, y descalifica la posibilidad de recibir asistencia médica entre otros, al menos en principio, debido a las dificultades para imponer un sistema sanitario.

El principio de respeto o autonomía en Engelhard

Engelhardt (1996) propone una mirada sobre nuestra sociedad como secular. Destaca que “vivimos en una sociedad en la que los grandes relatos de la fe y la razón fracasaron en su pretensión universal y en donde debemos convivir tanto con amigos como extraños morales” (Escobar Triana & Aristizábal Tobler, 2011, p.92). La centralización del poder y el conocimiento ya no gravita sólo en las instituciones, y la influencia religiosa perdió su valor en distintos ámbitos. Ahora disciplinas como la bioética requieren nuevos aportes que favorezcan a su procedimiento con el fin de llegar a una solución pacífica de los problemas éticos. Ante estas nuevas sociedades pluralistas, Engelhardt propone el principio de permiso, que sustituyó al principio de autonomía, como fundamento de la ética laica y regulador de las relaciones entre extraños morales. “Se trata simplemente del deber negativo de respeto mutuo y de no interferencia en las decisiones y acciones de las personas autónomas” (Ibíd., p. 92).

El principio de respeto a la autonomía se inserta en la relación médico-paciente bajo los valores del paciente en la deliberación ética. En una rápida comparación,

que incluso puede ser simplista, esto no era tenido en cuenta en la ética de la virtud, en cuanto deber de desarrollar ciertas cualidades y actuar de acuerdo con ellas. Antes primaba la convicción de plantearse realizar actos buenos en sí y evitar los malos en sí mismos, sin tener en cuenta las consecuencias. Tampoco se tenía en cuenta la ética de la responsabilidad como planteo de los actos en términos de las consecuencias. Este principio de respeto a la autonomía permite la coexistencia pacífica de personas con creencias y valores diferentes. Desde luego que implica respeto mutuo entre las personas, instituciones e incluso los agentes internos, como lo es ante el abuso de la autoridad profesional y el paternalismo médico. Este principio se trata en fin de una interpretación secular de la autonomía de la voluntad y autolegislación. Una expresión más de la libertad, “de énfasis psicológico que resalta la creatividad del individuo y de la importancia del individuo en el *ethos* norteamericano” (Ibíd., p. 92).

El principio de permiso de Engelhardt

El principio de permiso fundamenta la moralidad del respeto mutuo y está en la base del concepto de comunidad pacífica, de una sociedad secular y plural. Pero el principio de beneficencia establece qué es bueno y aparece vinculado a un acuerdo, a una visión moral o a una comunidad concretas. Porque, ¿qué es la “vida buena”?, ¿qué son el bien y el mal, beneficios y perjuicios? Cualquier respuesta se halla subordinada al principio de permiso y se especifica de acuerdo con unos contenidos morales concretos.

Pero, en general, el principio de beneficencia puede entenderse como la moralidad de la asistencia y la solidaridad social; en versión norteamericana, la filantropía. Con ello quiere decirse que los vínculos de beneficencia deberemos articularlos a partir de acuerdos mutuos, explícitos e implícitos, los cuales determinan tanto los contenidos como la propia autoridad morales. En este sentido, puede incluso hablarse de la existencia de un contrato implícito característico de algunas situaciones y profesiones: la sanitaria, por ejemplo, en cuyo seno la benevolencia debe verse como obligatoria y no sólo como loable o deseable. Pero en ningún caso podría convertirse en la regla de oro de la bioética secular. Tenemos, pues, los principios de permiso y de beneficencia que se contraponen como un principio general de autoridad moral y un principio general del bien, respectivamente.

En una sociedad secular plural, la moralidad debe entenderse como el ejercicio del bien, teniendo en cuenta los límites impuestos por la autoridad moral del consentimiento o permiso en el seno de comunidades que defienden visiones morales distintas. El denominado, a veces, principio de justicia es un caso particular del principio de hacer el bien entendido desde la perspectiva comunitaria.

Según el autor, un buen ejemplo de cómo se articulan esos dos principios bioéticos nos lo proporciona el hecho de que el derecho de una persona a no ser sometida a tratamiento sin su consentimiento o permiso, se concreta de forma inmediata a partir de los deseos del enfermo o del posible enfermo. Basta con que el paciente o el futuro paciente exprese su rechazo, es decir, su no consentimiento, para que la autoridad del médico deje de afectarle. Y para ello, no se necesita presuponer ninguna visión particular de la vida buena. Aunque también expone el ejemplo de que resulta más fácil justificar que las mujeres tienen el derecho a rechazar el aborto voluntario que la afirmación de que tienen derecho a que otros paguen por su aborto voluntario si ellas no pueden pagarlo. La tensión entre ambos principios, y la clara jerarquización que entre ellos se establece, convierte a la medicina en una actividad trágica, en el sentido de que puede obligar a los sanitarios a asentir a elecciones de sus pacientes que pueden suponer, a juicio de aquéllos, una importante pérdida de bienes. El conflicto moral de base es, por tanto, que las personas que poseen y comparten una moral dotada de contenidos han de convivir pacíficamente con las que no la poseen o no la comparten y deben, en cambio, respetarse mutuamente en el seno de una sociedad secular pacífica.

Ciertamente que comparar a estos autores referentes como lo son Daniel Callahan y H.T. Engelhardt no es una tarea fácil, ya que parten de puntos de partidas sociales muy diversos. Mientras que en el primero de ellos el contexto académico y social aún respondía a autoridades morales y religiosas de tipo tradicional, el segundo busca encontrar otro tipo de legitimidad moral, y por ello sigue un principalismo marcado. Con los principios de respeto y permiso Engelhardt alcanza una propuesta agradable a quienes tienen mayores recursos y la posibilidad de optar por tratamientos que extiendan su expectativa de vida. Lo cual se contrapone con la propuesta de Callahan al establecer un criterio de

racionamiento de acuerdo a la edad, como regla general, y no de acuerdo a un criterio individual.

Otro de los puntos de comparación que podemos encontrar entre Callahan y Engelhardt está referido a su comprensión del principio de justicia, pero para profundizar en él es preciso abordarlo en un capítulo aparte a continuación.

Capítulo 4: La justicia para Callahan

Nuestras sociedades contemporáneas han de lidiar cotidianamente con la toma de decisiones complejas correspondiente con nuestra diversidad y profunda preocupación e interés por las consecuencias individuales. Las decisiones de carácter médico, como ya hemos descrito con anterioridad, no sólo corresponden a un profesional especializado atendiendo la particularidad, sino que han de recorrer un proceso de diálogo y decisión política de organismos designados. Desde luego, que uno de los criterios más importantes, ante los ojos de los ciudadanos, es el de justicia.

Fruto de incidentes que han despertado reclamos por la igualdad de trato, la denuncia de discriminaciones, y el redescubrimiento de derechos laborales e incluso de valía, nuestros tiempos parecen clamar por justicia. Los reclamos de género, los reclamos por discriminación racial o desfavorecimiento económico son los principales exponentes de esto en la actualidad.

Sin embargo, nuestro estudio presente ha de distinguir el concepto de justicia reclamado en sus acepciones, y en su implicancia en el campo de la bioética. Para ello, haremos una breve síntesis de lo expuesto por Daniel Callahan hasta el momento, y lo pondremos en diálogo con las concepciones que proponen otros pensadores y bioeticistas, como Ronald Dworkin y John Rawls¹⁵. Encontraremos puntos en común con la mirada comunitarista de Callahan, y otras concepciones del principio de justicia opuestas como las de Hugo T. Engelhardt. En fin, se buscará abordar la complejidad del principio de justicia en la propuesta bioética de David Callahan y sus implicaciones.

Retomando el concepto de justicia como uno de los principios de la bioética, el principio de la justicia se aplica cuando existe conflicto entre el de beneficencia del médico y el de autonomía del paciente. Asimismo, opera en la accesibilidad a los servicios de salud y en la asignación de recursos a las instituciones para una atención adecuada (*Principios...*, 2011, p. 98).

¹⁵ Se eligen estos autores porque responden al marco anglosajón en el que se encuentra nuestro autor de referencia Callahan, pero también se podría complementar el análisis desde las perspectivas latinoamericanas, algo que excede los límites del presente trabajo.

Debes procurar repartir equitativamente los beneficios y las cargas, asegurando un uso eficiente y equitativo de los recursos. Este principio obliga a los profesionales de la salud a evitar la discriminación en el acceso a dicho recurso sanitario por motivos sociales. Por último, conlleva evitar la prolongación inadecuada de la terapia una vez que se ha considerado como fútil, pues su mantenimiento en tales casos implica un uso ineficiente de recursos que podrían ser destinados a otros usos. Este último parece ser uno de los puntos de conexión más perceptibles en la crítica de Callahan al sistema de salud norteamericano (Ibíd., p. 115).

Contexto de la justicia en la bioética

A finales de la década de 1960 el contexto de la disciplina bioética, especialmente en Estados Unidos, presentaba médicos y científicos líderes comenzando un diálogo con teólogos, filósofos y juristas a participar en conferencias y publicaciones sobre los problemas sociales y éticos relacionados con el progreso científico y médico. De este modo se inició un diálogo interdisciplinario sumamente rico. Asimismo, apareció la iniciativa de crear centros de investigación, educación y publicación sobre estos temas, como el *Hastings Center en Nueva York*, Instituto de Sociedad, Ética y Ciencias de la vida, fundado en 1969 por Dan Callahan, filósofo y Gaylin, psiquiatra¹⁶ (Escobar Triana, 2011, p. 84).

Daniel Callahan propone que la bioética no es una disciplina completa en el sentido clásico del término. Argumenta esto porque carece de aceptación general, estándares disciplinarios, criterios de excelencia y normas pedagógicas y evaluativas claras. Como tal, la bioética se constituyó como una amalgama de disciplinas y de discurso público. De tal modo, los teólogos se encontraron incapaces de abordar los problemas prácticos iniciales de la bioética, ya que sus compromisos doctrinales no eran aceptables para todos los participantes del debate, ni para los afectados. En ocasiones, el pensamiento abstracto de los filósofos les dificultaba abordar los problemas específicos de la medicina y la

¹⁶ También fue el caso del Instituto Kennedy de Ética en la Universidad de Georgetown en Washington, fundado en 1971 como Centro de Estudio sobre la Reproducción Humana y la Bioética, entre otros.

ciencia. La visión subjetiva de los valores de los médicos y científicos los obligó a reconocer su positivismo epistemológico y escepticismo ético. Ante la pregunta de cómo lograr que las disciplinas congeniaran, se realizaron esfuerzos de descentramiento, de proponer teorías para discutir asuntos morales en la práctica, de articular principios morales y formular métodos para tomar decisiones, esfuerzo que aún persiste (Ibíd., p. 85).

El comunitarismo

La concepción de los seres humanos como esencialmente sociales tiene ramificaciones que afectan el tipo de cuidado médico que se debe brindar y los principios a los cuales tiene que darse prevalencia en la determinación de cómo actuar. Por otro lado, el énfasis en la noción de comunidad integra al individuo en una jerarquía de preferencias sociales predeterminadas que reflejan historia y tradiciones compartidas, y no necesariamente protege sus derechos individuales. Elementos comunitaristas se hacen evidentes en la discusión en torno de la distribución de recursos escasos, el proceso de toma de decisiones médicas y la asignación de órganos para trasplantes. Dentro de la bioética, el comunitarismo no ofrece procedimientos para tomar decisiones sino que aporta una manera novedosa de pensar sobre los problemas éticos que se plantean (Luna, 2008, p. 96).

Como ya hemos expresado en capítulos anteriores, Daniel Callahan, autoproclamado comunitarista, defiende las ventajas del racionamiento. De acuerdo con el autor, como consecuencia del deseo de proveer un acceso universal a la atención de la salud, del costo cada vez mayor de la tecnología médica y del creciente número de personas ancianas, la bioética asume un rol preponderante ante la toma de decisiones de las sociedades. En efecto, se tratan de decisiones que repercuten en las políticas distributivas que velan por la justicia social. La determinación sobre qué curso de acción tomar no puede ser resultado de la consideración de los deseos individuales, los intereses y los derechos de las personas solamente. Estas nociones, íntimamente conectadas con líneas de pensamiento liberal, son insuficientes. La distribución de los recursos no es justa, desde el punto de vista distributivo (Ídem).

En general, Callahan se muestra sorprendido por la falta de reflexión bioética sobre el significado y relevancia de algunos de los cambios generados por la tecnología médica. El autor considera que es necesario desarrollar una bioética que se ocupe de contestar preguntas como: ¿qué tipo de sociedad deseamos y cuáles son los objetivos de la medicina en tal sociedad? ¿Cuál es la relación entre el bien individual y el bien público? ¿Es obligación de la medicina tratar de evitar la muerte de los muy ancianos o debe en cambio intentar facilitar una vida y una muerte dignas? ¿Cuáles son los adelantos que llevarán a la existencia de una buena sociedad?, ¿cuál es la relación entre la salud y la felicidad humana? Las respuestas a todas estas preguntas requieren un diálogo público imaginativo, donde se conozcan y reconozcan diversas tradiciones morales, se examinen teorías y argumentos diversos, y donde se tome conciencia de que todo análisis moral refleja la influencia de la cultura intelectual a la cual uno pertenece. Sólo de este modo se podrá abordar una mirada justa en cualquier sistema de cuidado de la salud (Luna, 2008, p. 97).

Dworkin y el seguro prudente

Otro destacado autor que se ha preocupado por desarrollar una base teórica consistente en favor del reconocimiento del cuidado sanitario como derecho es Ronald Dworkin¹⁷. Al respecto, se pregunta temas tales ¿cuánto debe gastar un Estado en salud?, y ¿cuál es el nivel de atención médica que una sociedad decente debe ofrecer a todos?

Los cambios sociales de las últimas décadas no le son ajenos. El encarecimiento de los costos de la salud en los países desarrollados y en vías de desarrollo ha significado que, por ejemplo, la gente más anciana sea la principal consumidora de recursos de la asistencia sanitaria. Los altos costos de la medicina obligan al establecimiento de límites al cuidado sanitario de forma socialmente aceptable.

¹⁷ Ronald Dworkin (1931-2013), filósofo del derecho y crítico del modelo positivista que sólo tiene en cuenta las normas jurídicas y no parte de principios. Propulsor, entre otras, de la teoría de la equidad de recursos, donde parte de que cada individuo es responsable de las decisiones que toma y arbitrariamente dotado de inteligencia y talentos que contribuyen a la conformación de la sociedad. Todos pueden aportar en esta tarea, en la medida de sus posibilidades, y a su vez, nadie está obligado a hacerlo. De este modo, la libertad y la equidad no entran en conflicto.

Dworkin acepta que se deba hacer una racionalización, así como nuestro autor principal Callahan. Pero argumenta que recortar el gasto en salud depende primero de una concepción acerca de qué tratamientos resultaría injusto negar a causa de sus elevados costos. Por eso pide reflexionar críticamente y revisar la aplicación del principio del rescate. Este consiste en que la salud y la vida son los bienes más importantes, por lo que todo lo demás debe ser sacrificado en su nombre y que la salud debe ser distribuida equitativamente. Es decir, para todos lo mismo, sin importar su punto de partida. Este principio es tan antiguo y está tan extendido que no se cuestiona su uso, por lo que muchas veces, ha hecho más daño que bien, pues no tiene sentido gastar todo en salud si no se gana, a cambio, prácticamente nada en expectativa de vida. Por ello, lo cierto es que ninguna sociedad sana o persona individual organizaría realmente su vida en torno a ese principio.

Como alternativa, Dworkin propone el principio del seguro prudente. Este se puede explicar siguiendo una serie de consideraciones. Debemos imaginar una sociedad en la que se dan tres características: por un lado, el sistema económico provee una distribución de los recursos basada en la justa igualdad, es decir, una estructura económica que trata a todos los miembros de la comunidad con igual consideración, dividiendo los recursos en partes iguales y medidos de acuerdo con los costos de oportunidad que cada cual dé a un bien particular conforme a su plan de vida (Dworkin, 1993, p. 38). Por otro lado, la información sobre el costo, efectos secundarios y utilidad de los tratamientos, procedimientos y medicamentos, en otras palabras, todo lo que saben los médicos, estaría al alcance del público en general. Finalmente, nadie en esa sociedad, incluyendo las compañías de seguros, poseería información sobre los antecedentes y probabilidades que cualquiera pueda tener de contraer alguna enfermedad o sufrir algún accidente. Ante estas condiciones, ¿qué tipo de acuerdo sanitario se tomaría? ¿Cuántos de los recursos de esa comunidad se destinarían a salud y cómo se distribuirían entre sus miembros? Este modelo supone asignar recursos para salud intentando imaginar cómo sería la atención sanitaria si se dejara en manos de un mercado libre no subsidiado que, sin embargo, pudiera corregir las tres deficiencias mencionadas. Al no haber inequidades sociales, las personas pueden elegir en una especie de subasta el paquete de seguro sanitario que

desean comprar con los bienes que poseen y teniendo presente el costo de oportunidad que esos recursos sanitarios les signifiquen. La cantidad justa será entonces determinada por lo que la comunidad desee gastar.

Esta importante conclusión permite decidir qué tipo de atención de salud deberíamos proveer a todos en una comunidad imperfecta e injusta, como las reales, especulando qué clase de seguro la gente se haría y usando los resultados de esa especulación como guías para decidir qué nos exige la justicia (Dworkin, 2000, p. 313).

De este modo, se deberían seleccionar una serie de reglas para adjudicar los recursos sanitarios para cumplir con el razonamiento. Primero, la obligatoriedad para todos, por los altos costos de la salud, de racionalizar. En segundo lugar, que lo que cada cual decida gastar dependerá de sus planes de vida autónomos. Por último, si bien no podemos saber qué elegirá cada persona, sí podemos formarnos algún juicio sobre algunas necesidades y preferencias generales, como que los jóvenes priorizarán atenciones de control y ambulatorias, mientras que los ancianos elegirán planes con cuidados paliativos y de extensión de la expectativa de vida. Con esa idea en mente podemos imaginar que la mayoría de las personas prudentes con recursos y medios suficientes estaría dispuesta a comprar un seguro que cubriera un tratamiento médico ordinario, que incluyera hospitalización, atención prenatal, pediátrica, exámenes regulares y otro tipo de medicina preventiva. En esta sociedad todos tendrían ese mínimo y, si bien habría personas que, excepcionalmente, puedan querer asegurarse a todo evento sin importar el costo, no parece justo obligar a los demás a hacer lo mismo a través de un sistema obligatorio.

Por todo esto, Dworkin encuentra equitativo elaborar un esquema de seguro obligatorio que se construya en función de lo que la mayoría, y no la excepción de un pequeño grupo, juzga apropiado, siempre que se permita a esos pocos, que posean dinero, contratar un seguro complementario. Así, el sistema sanitario que estima moralmente defendible es el sistema pluralista, que permite la existencia de sistemas de seguros privados que entreguen servicios adicionales a quienes puedan pagarlos, proporcional, en los que la cantidad de recursos pagados para recibir cuidado sanitario es la misma para todos los que pertenecen al mismo nivel, y de financiamiento privado, pues cada cual

compraría su propio seguro con los recursos iguales de los que dispone, haciendo efectivo y vigente el criterio de la responsabilidad personal a la hora de decidir sobre adjudicación de recursos sanitarios.

En esta línea, la *Patient Protection and Affordable Care Act*¹⁸, base de la reforma sanitaria de Obama, ha apelado a la responsabilidad de los ciudadanos al hacer obligatorio para todos la contratación de un seguro médico llamado *individual mandate*. Pero como las condiciones ideales de Dworkin que propuso inicialmente no son posibles, se le impide a las compañías privadas que excluyan a quienes tienen una enfermedad o patología preexistente. Además, para facilitar la opción de compra del seguro médico por parte de los individuos y las pequeñas empresas (menos de cien empleados), se crean los *Health Benefit Exchanges*, una suerte de mercado secundario de seguro sanitario a escala estatal que sería administrado por agencias gubernamentales u otras instituciones sin ánimo de lucro, en el que las compañías aseguradoras que tradicionalmente han venido prestando cobertura a las grandes empresas podrán tratar de ganarse para sí a esos pequeños consumidores hasta ahora desprotegidos (Lora, 2010,). Por último, la ley amplía el número de beneficiarios de *Medicaid* mediante la elevación del nivel de pobreza exigido hasta ahora.

La justicia igualitaria de Rawls

Al hablar de justicia, un referente al que debemos acudir es el filósofo John Rawls. En *Teoría de la justicia* (1971), construye un modelo de justicia para las instituciones sociales básicas de la mano de la teoría clásica del contrato social y del constructivismo ético kantiano. La idea es que a través de un procedimiento racional que asegure la equidad de las partes contratantes se llegue a principios de justicia capaces de definir y consolidar nuestros derechos básicos. A este aparato contractual Rawls lo llama posición original y en ella la equidad de las partes se asegura a través del mecanismo del velo de ignorancia con el cual se

¹⁸ Ley de protección al paciente y cuidado de la salud asequible (2010), llamada por los medios norteamericanos Obamacare, fue promulgada en la administración de Obama. Tal ley exige a la mayoría de los adultos no cubiertos por un plan de salud que mantengan una cobertura. Como tal, un mandato individual, les proporciona a quienes ganan por debajo del cuádruple del umbral de pobreza establecido recibir créditos fiscales con el fin de subvencionar el pago del seguro de salud. El principal aporte con respecto a Medicaid es que tiene un alcance nacional, y no sólo estadual.

concluirían principios de justicia que, por un lado, reconocen a todas las personas libertades básicas iguales y, por el otro, justifican la existencia de ciertas desigualdades sociales.

El primer principio de justicia garantiza que cada persona tenga derecho a un esquema plenamente adecuado de libertades básicas iguales que sean compatibles con un esquema semejante de libertades para todos. En este contexto, las libertades políticas iguales, y sólo esas libertades, tienen que ser garantizadas. Entre ellas destaca la libertad de pensamiento y de conciencia, libertades políticas, como el derecho al voto y el derecho a participar en la política, la libertad de asociación, además de los derechos a la integridad física y psíquica de la persona.

Finalmente, incluye “los derechos y libertades amparados por el imperio de la ley” (Rawls, 2002, p. 75). Esto implica que no se pueden intercambiar libertades por mayor igualdad ya que el primer principio de justicia prima sobre el segundo principio, que regula las desigualdades sociales. Es decir, que este primer principio implica no sólo que las más importantes libertades que Rawls concibe deben ser iguales para todos, sino que esas libertades no se considerarán de ninguna manera negociables.

Por su parte, el segundo principio de justicia dispone que las desigualdades sociales y económicas tienen que satisfacer dos requisitos para ser legítimas. En primer lugar, deben estar vinculadas a cargos y posiciones abiertas a todos en condiciones de igualdad equitativa de oportunidades. Por otro lado, deben redundar en el mayor beneficio de los miembros menos aventajados de la sociedad (Ibíd., p. 73). Es decir, el principio contendría, a su vez, dos principios independientes aunque relacionados. Primero, el principio de igualdad equitativa de oportunidades, que asegura igual acceso a todos los cargos sociales. Segundo, el principio de diferencia, que permite las desigualdades sólo con la condición de que beneficien especialmente a los menos aventajados. La necesidad de compensar las desventajas de algunos en la distribución de dotaciones naturales o sociales y de suprimir al máximo las diferencias entre las personas deriva del hecho de que, para Rawls, ellas no se corresponderían con la igualdad moral intrínseca de los seres humanos. Porque somos moralmente iguales, entonces, debemos ser tratados como iguales, siendo necesario

compensar por todas aquellas características, naturales o sociales, que determinan que las personas desarrollen desigualmente sus capacidades. En su concepto, los talentos y facultades superiores de algunos deben usarse para el bienestar de todos, pues, en primer lugar, se obtienen inmerecidamente en tanto que son sólo el resultado del azar natural o social y, en segundo lugar, porque esa distribución desigual violenta y niega la visión esencial que, desde un punto de vista moral, destaca de los humanos: su igualdad moral. “No merecemos el lugar que tenemos en la distribución de dones naturales; tampoco nuestra posición inicial en la sociedad” (Rawls, 1971, p. 126). A partir de esto nos es posible interpretar la teoría de Rawls como una que garantiza un cuidado sanitario básico de dos maneras. Primero, de forma indirecta, al considerar que un mínimo social básico, dentro del que es posible incluir un mínimo de protección sanitaria, es una esencia constitucional. Segundo, de un modo más directo, al estimar que una interpretación suficientemente flexible de su idea de bienes primarios permite concluir que, ante discapacidades que impidan a los sujetos participar como miembros permanentes de la sociedad, los bienes primarios deberían incluir un nivel de cuidado sanitario capaz de recomponer su funcionamiento normal.

El autor define el principio *anti-free-riding* como aquel donde una persona debe pagar por el costo de las acciones voluntarias que le impone a otros, y que realiza sin su consentimiento informado. Asimismo, en una empresa colectiva que produce beneficios de los que no es posible excluirlo, a menos que él prefiera perder todos esos beneficios antes que pagar su parte (Menzel, 2002, p. 24-6). Esa es una de las principales razones por las que sería legítimo exigir que todos contribuyeran a la manutención del bien público cuidado sanitario.

A partir de la teoría contractualista, y recogida por este autor se alcanza este primer mecanismo, que corresponde a la situación inicial llamada estado de naturaleza. Rawls le da el nombre de posición original, la que, evidentemente, “no es más que una situación hipotética” (Rawls, 1971, p. 12).

Se constituye como una necesidad establecer ciertas restricciones formales a las partes para impedir que algunos estén colocadas en una posición de negociación más ventajosa que otras debido a las consecuencias de la fortuna natural o por las circunstancias sociales que les han tocado en la vida. Es

necesario dejar al margen del convenio todos los rasgos y circunstancias particulares que pudieran distorsionarlo para alcanzar este punto de vista equitativo. Desde ya, eso implica excluir, al menos, el conocimiento de las partes sobre su posición social, doctrina comprensiva, religiosa o filosófica, raza, sexo, clase social, capacidades y talentos (Ibíd., p. 14) dejándoles, para afrontar la elección de los principios de justicia, el conocimiento de que su sociedad está sujeta a las circunstancias de la justicia.

Rawls defiende un modelo de justicia fundamentalmente igualitario. Para él, la sociedad ha de acudir con sus recursos en ayuda de quien, por circunstancias naturales o sociales, se encuentre en inferioridad de condiciones económicas, lo cual incluye su atención médica. De este modo encontramos su postura más emparentada con la nuestro autor principal, Daniel Callahan, por la primacía del rol de la sociedad para con los individuos.

De forma opuesta, contrastaremos nuevamente con el pensamiento de Engelhardt y su concepción de justicia individualista, no comprendida desde sus condiciones sociales. Engelhardt le reclama a Rawls por quedarse en un modelo ahistórico de justicia, que tiende más bien a conseguir unos objetivos de desarrollo social, aún a costa de la libertad misma de los individuos.

El principio de justicia en Engelhardt

Para establecer este principio, Engelhardt parte de la definición de justicia recogida por Justiniano en sus *Instituta*, que definió a la misma como “el deseo constante y perenne de entregarle a cada uno lo que le es debido”. Esta definición, para nuestro autor, es ambigua, y, desde el punto de vista de la bioética secular, puede entenderse de dos formas.

En primer lugar, como dependiente del principio del permiso. Si la justicia consiste en dar a cada persona aquello a lo que tiene derecho, entonces, en un contexto secular, sería no usar a las personas o a sus propiedades sin su permiso. El principio de justicia es aquí dependiente de una noción de actuar correctamente, algo que en un contexto secular depende del principio de autonomía. (Engelhardt, 1988, p. 138)

En segundo lugar, como dependiente del principio de beneficencia. La justicia se identifica con dar a las personas los bienes a los cuales tienen derecho en virtud

de una visión particular de bien (Ídem). Por tanto, el principio de justicia es una apelación al principio de beneficencia. En este caso el problema está en determinar qué se debe a quién y por qué. (Ibíd., p. 121)

El principio de justicia es prioritario en relación a los problemas distributivos que son objeto de la ética pública y de la bioética misma. En definitiva, en el contexto postmoderno, el análisis del principio de justicia pone de manifiesto la presencia en su raíz de los principios de permiso y de beneficencia y, por tanto, la necesidad de ser fundamentado a partir de éstos.

Establecida la subordinación del principio de justicia a la beneficencia y al permiso, continúa Engelhardt el análisis del mismo a través del estudio de la distribución de los recursos sanitarios y de los sistemas sanitarios, concluyendo que en función del aspecto benéfico del principio de justicia no es posible legitimar una asistencia sanitaria general, ya que “existen tantas teorías de la beneficencia, de la justicia y de la imparcialidad como existen grandes religiones” (Ibíd., p. 375)

Por tanto, ante la ausencia de una visión común de vida buena, dicha distribución ha de ser creada y no descubierta. “La imposición de un sistema sanitario de un solo nivel y global es moralmente injustificable, ya que supone un acto coercitivo de fervor ideológico totalitario”. (1988, p. 375)

Quienes todavía defienden este sistema frecuentemente utilizan los argumentos y razonamientos de la teoría de la justicia del libertarismo. De acuerdo a la propuesta de Engelhardt la coerción estatal para aportar al sistema público o nacional de salud es esencialmente arbitraria e inmoral y el derecho al cuidado sanitario, si es que tiene que ser establecido, debe reconocerse como la creación limitada de una política gubernamental de seguros y no como expresión de un derecho fundacional al cuidado sanitario o como reclamo de equidad o igualdad. “Ser libre supone poder hacer elecciones que tengan resultados no igualitarios” (Engelhardt, 1997, pp. 180-181).

La libertad para usar la propia riqueza hace inevitable la creación de desigualdades en las oportunidades y en los resultados de modo que, en su concepto, la libertad cuestiona la posibilidad de un derecho uniforme e igual al cuidado sanitario. Engelhardt argumenta que no existe ningún derecho moral

secular fundamental humano a recibir asistencia sanitaria, ni tan siquiera un mínimo decoroso, por lo que apelar a la justicia social sería deshonesto y demagógico, puesto que se incita el uso coercitivo de la fuerza estatal. Exigir este derecho, sin respetar el principio del permiso, significa pretender que se puede obligar a otros a trabajar o que esté permitido confiscar la propiedad. El derecho a la asistencia sanitaria, excepto cuando derive de acuerdos contractuales especiales, dependerá de una interpretación determinada de la beneficencia. Luego, los trágicos resultados de la lotería natural y social son, para este autor, productos ciegos de la naturaleza de los que nadie, si no existe un criterio especial de la responsabilidad, es responsable.

“Evidentemente nadie es culpable de que las personas resulten heridas en huracanes, tormentas y terremotos y, como no se puede acusar a nadie, nadie puede cargar con la responsabilidad de restablecer la salud de quienes pierden en la lotería natural basándose en que son responsables del daño” (Engelhardt, 1995, pp. 407-408).

El concepto de lotería natural remite tanto a las dotaciones naturales con las que llegamos al mundo, los talentos, disposiciones psíquicas y físicas belleza, fealdad, enfermedades congénitas o genéticas, como a lo que nos va ocurriendo en nuestra vida por causas que pueden considerarse naturales, por ejemplo, contraer alguna enfermedad, perder alguna capacidad física o mental, etc. La lotería social se refiere a las circunstancias sociales en las que estamos inmersos, como el nivel de riqueza, la clase, la ocupación y demás. Bajo estos términos no puede hablarse con propiedad de justicia o injusticia, sino de buena o mala fortuna. Es cierto que en algunas circunstancias hay quienes resultan desfavorecidos, pobres o enfermos a causa de las acciones de los otros.

La lotería natural crea desigualdades y sitúa a unas personas en desventaja, sin generar por ello una obligación moral clara y manifiesta de ayudarlas, pues en estos casos no interviene justicia o injusticia alguna, sólo buena o mala suerte. Ahora, cabe preguntarnos ¿Es legítimo, desde un punto de vista moral, dejar librado el acceso al cuidado sanitario básico a la caridad o incluso al mérito personal? Las objeciones éticas a las desigualdades del mundo no se sustentan en la realidad de quienes tienen menos debido a una actitud irresponsable de lo que, en un principio, fue una repartición equitativa. Pareciera ser que lo que

ofende a los igualitaristas son las enormes diferencias en la repartición de los recursos iniciales de la gente conforme a la posición social que les ha tocado en suerte y con la que han nacido, como son, precisamente, los recursos originarios que posee cada quien, los cuales no pueden justificarse, ya que no hay razón para concebir el derecho de propiedad como un derecho absoluto (Scanlon, 1976, pp. 6-7). No hay bases intuitivas para pensar que estos derechos son absolutos y sí, en cambio, hay poderosos motivos para coincidir con la idea de que alcanzar la igualdad puede llamar a infringirlos.

Distribución de recursos según Engelhardt

Bajo las premisas sobre las que estamos buscando analizar los argumentos bioéticos sobre la accesibilidad a los bienes sanitarios en Daniel Callahan, es que reflejamos estas diversas concepciones de justicia en la organización del sistema sanitario. De forma contrastada a nuestro autor principal, Engelhardt describe varios modelos de atención médica a la sociedad. Un primer modelo es la sanidad en competencia dentro de un libre mercado de servicios. Aquellos que no tengan recursos o se vean afectados por circunstancias físicas o sociales adversas recibirán ayuda de quien libremente quiera prestársela la caridad y beneficencia de quienes quieran ejercerlas son el remedio para las situaciones desgraciadas. Este modelo ha sido el imperante durante los siglos que precedieron a la organización de la seguridad social. Tiene como inconveniente principal el poco alcance y pobre desarrollo de la actividad benefactora de quienes desean practicarla. Un segundo modelo pretende la igualdad de trato sanitario para todos. Es el sistema que se ha instaurado en los países de régimen comunista y en algunos otros de la Europa libre, en los que la sanidad es un monopolio estatal, y las atenciones sanitarias se dispensan por igual a todos los ciudadanos. Sin embargo, este sistema origina gran ineficacia y pasividad por parte de los médicos, aparte de que supone restricción de libertad para los individuos, tanto los enfermos como los médicos, y el mercado negro de atención sanitaria que se da como consecuencia directa.

Engelhardt propone la solución a los inconvenientes que presentan ambos modelos en otro que incluye las ventajas de los dos anteriores, aunque no se puede decir que solucione todos los problemas. La solución consiste

fundamentalmente en dividir la atención sanitaria en dos bloques, de modo que en uno se sitúen los cuidados básicos, y en el otro se sitúen otros complementarios. ¿Qué cuidados son considerados básicos? Depende de la sociedad en que se instaure el sistema, que lo decide por consenso. De este modo, dentro de los límites de lo posible, se satisfacen los cuatro puntos que se desean para cualquier sistema de sanidad pública: se posibilitan los mejores cuidados que sea factible dar a cada uno, a quien tenga pocos recursos por la sanidad pública, a quien muchos por la sanidad pública más su gasto personal, se da un trato sanitario igual para todos, al menos en lo fundamental, se posibilita la libertad tanto de médicos como de enfermos, y el gasto sanitario no se dispara, debido a que sólo se puede hacer de él un uso limitado.

Para que todo este sistema sanitario que ha dibujado pueda funcionar adecuadamente, todos los aspectos que ha ido mencionando deben pasar a formar parte de la sociedad, de modo que se creen derechos y obligaciones concretos en lo que se refiere a los cuidados sanitarios. Para conformar estas obligaciones y derechos cada comunidad tiene sus propios principios morales, su propia escala de valores y, según decida, así será el sistema sanitario, que es justo para ella porque ha sido ella misma la que ha decidido conformarlo de un modo u otro, según sus propios principios. Además, para que sea verdaderamente justo, hace falta que sea resultado de un compromiso correcto, en el que no se falsee lo que unos desean dar a otros, y se respete verdaderamente la libertad de los participantes.

Por último, Engelhardt se plantea la existencia de subgrupos que no están de acuerdo con algún punto importante en el que sí están de acuerdo todos los demás, como puede suceder con los católicos. Para procurar su atención correcta y sin injusticias, deben crearse unos subgrupos de atención sanitaria dentro del sistema general, de modo que alcancen la atención médica del modo que desean. (Luna, 2008)

Norman Daniels¹⁹ en su teoría de “abanico normal de oportunidades para la distribución de recursos a distintos individuos y grupos de edad”

¹⁹ Daniels, N. (1985), *Just Health Care*, Cambridge: Cambridge University Press, pp. 104-5

(Daniels, 1985), nos dice que satisfacer las necesidades de asistencia sanitaria favorece la igualdad de oportunidades y garantiza a los individuos una opción justa de disfrutar el abanico normal de posibilidades de la sociedad en que viven. Daniel Callahan amplía esta teoría al concepto de “abanico de oportunidades a lo largo de la vida”, que significa preguntarse cuáles son las oportunidades que resulta razonable esperar a lo largo de la vida, aunque primero tenemos que tener claro qué es lo que debiera entenderse como normal dentro de los límites de ese mismo abanico.

Callahan (2012) expresa algunas de las dificultades que el ejercicio de una autonomía no modulada por una reflexión profunda sobre la vida buena, los riesgos existentes o los límites de la medicina pueden traer a una medicina capaz de otorgar cada vez más oportunidades de elección: por ejemplo, a los padres para seleccionar embriones, la posibilidad de prolongar la vida aunque sea a costa de graves limitaciones o buscar intervenciones de mejora de las capacidades físicas o intelectuales. No puede ejercerse la autonomía sin responsabilidad y esta debe fundamentarse en una reflexión personal y colectiva. Callahan justificaría una mejora como necesaria si:

“Procura el alivio de una deficiencia social o individual como dolor, sufrimiento, pobreza, guerra o aflicción social destructiva como la violencia o el crimen diarios o la imposibilidad de que las personas puedan llegar a ejercer sus capacidades. Pero la mejora de la inteligencia, por ejemplo, no se relaciona con alguno de estos objetivos... (tampoco) una extensión radical de la vida... Un mayor control y capacidad de elección sobre nuestras vidas no asegura un progreso humano real. Incluso podría ser su principal enemigo”. (Callahan, 2012, p. 121)

Las posibilidades de elección que los avances médicos procuran preocupaban profundamente a Callahan ya que fácilmente quedaban sancionadas como adecuadas, correctas, inevitables o incluso fruto de un derecho legítimo, a través de procesos tecnológicos, indicaciones, el mercado y cierta presión social:

“Los transhumanistas, que consideran estamos a punto de poder controlar la propia evolución humana, se muestran incapaces de imaginar cualquier desastre tecnológico o la fuerza coercitiva social que puede desarrollar cualquier nueva y popular tecnología ayudada por el libre mercado. El poder de la innovación tecnológica para superar cualquier duda y resistencia es gigantesco”. (Callahan, 2012, p. 90)

Callahan (2012, p. 185) reconoce en sus memorias como esta posición crítica con el uso intensivo de tecnologías sanitarias y la influencia del mercado de la salud les trajo problemas con algunos donantes pero *“si queríamos ser serios teníamos que advertir sobre los problemas asociados al desarrollo tecnológico al menos tan profunda y abiertamente como eran defendidos por los proponentes que prometían su brillante futuro”*. Defiende que la bioética a este respecto debe ser una leal disidente: leal porque sin duda el progreso médico puede traer ventajas obvias a la medicina, pero también disidente porque necesita una revisión crítica constante debido a los problemas que el progreso acarrea *“Siempre hay que pagar un precio por los avances tecnológicos médicos”*. (Callahan, 2012, p.186)

Elegir el tratamiento adecuado en la población anciana es muy difícil, ya que no resulta complejo, como hemos visto, encontrar el valor que ocupan el envejecimiento y la muerte en nuestra sociedad actual. Se deben considerar algunos factores importantes para utilizar los medios de diagnóstico y tratamiento adecuados a la patología sin alargar la existencia sin sentido y sin llegar a tratamientos excesivos. Daniel Callahan dice que es necesaria una política de distribución de recursos y un sistema de prioridades basado en la edad con el objetivo de establecer límites en la asistencia sanitaria para los ancianos, evitar la muerte prematura y el alivio del sufrimiento. Las directrices deben de ir encaminadas a concretar sus prioridades y a favorecer la investigación de las patologías crónicas, así como de la asistencia preventiva y paliativa. La tecnología médica innovadora nos debe hacer recapacitar sobre su utilización, haciéndonos pensar si solo contribuye a alargar las enfermedades crónicas del anciano y su existencia sin aportar una mejoría significativa en la calidad de vida. La evaluación de las tecnologías es importante en estos casos,

ayudaría a saber a quién deberíamos aplicarlas y a definir la población que más se beneficiaría de ellas.

Asimismo, es necesario tener en cuenta los elementos de una política sanitaria de contención de costes. El Estado no puede soportar sin restricciones los crecientes costes económicos y sociales de la asistencia sanitaria. Hay que poner límites, ya que los avances tecnológicos son cada vez más importantes, pero también más costosos. Además, el Estado tiene responsabilidad con otros grupos sociales. La edad podría ser un factor importante en la toma de decisiones para poner límites en la aplicación de determinados tratamientos para alargar la existencia. La mayor parte de los avances tecnológicos de las últimas décadas han producido más beneficios para los ancianos que para los jóvenes, y esto ha llevado a un aumento de la esperanza de vida y a un aumento de las patologías crónicas asociadas a la vejez.

Callahan dice que el Estado está obligado a desarrollar, emplear y financiar tan sólo la tecnología adecuada para alargar la existencia con objeto de lograr una duración natural de la vida, y más allá de esta línea solo los medios necesarios para aliviar el sufrimiento y no la tecnología para alargar la vida. Estos principios obligan a establecer un límite superior de edad para optar a los cuidados que alarguen la vida, a la vez que reconocen la gran diversidad que caracteriza las necesidades de los individuos para llegar a este límite, o más allá de él para aliviar el sufrimiento.

Síntesis y conclusiones finales

Daniel Callahan examina el lugar de los adultos mayores en nuestras vidas. Él predice que el recorte en los recursos y el crecimiento en los costos de los tratamientos clínicos modernos nos obligarán a determinar límites para quienes se beneficien de tales tratamientos. Callahan se opone a la idea de que la vida se deba prolongar tanto como sea posible. Sugiero entonces aceptar la ancianidad como una parte de la vida y no como un obstáculo o un desafío médico que de deba ser curado. En su opinión, los límites deben estar signados a partir de presupuestos y planes de asistencia social del gobierno, y no delimitados por la voluntad de los individuos. Callahan propone el concepto de 'margen de vida biográfica completa' como un punto en el que se pueda afirmar que una persona vivió una vida completa, con sentido, plena. No determina por tanto una edad específica pero sugiere un rango, entre finales de los 70 y principios de los 80 años, lo que él considera como un ciclo vital completo²⁰.

Callahan asevera que es necesario poner prioridades a la luz de ciertas limitaciones financieras. La sociedad ha de determinar sus necesidades más urgentes y poner límites a las posibilidades que el progreso económico ha generado. Si, por ejemplo, una sociedad decidiera que no puede darse el lujo de gastar en corazones artificiales para pacientes mayores a 90 años la decisión sería el resultado de las prioridades demostrando que el propósito primario del sistema de salud es permitirles a los jóvenes crecer hasta viejos²¹. Otro ejemplo provisto por Callahan es el de las operaciones con bypass para pacientes de 80 años o más. En su opinión, tal intervención conlleva un nuevo problema, tanto ético como financiero. Callahan responde que incluso que nos pongamos de acuerdo que todos tengan acceso a un nivel de cuidado de la salud, quiere decir que el gobierno debe proveer cualquier desarrollo tecnológico a costa de pago de impuestos, y no es su propuesta personal.

La búsqueda de Callahan claramente no pretende terminar con un grupo de la población o privarlos de servicios clínicos porque sí. Su intención última es

²⁰ Callahan, *What Kind of Life*, *supra* note 4, p. 152.

²¹ Callahan, *The Troubles Dream of Life*, *supra* note 4, p. 214.

la de destinar los recursos que hoy en día se aplican en tales técnicas para aprovecharlos en otros contextos, otros destinatarios, como jóvenes en escuelas o estudios preventivos. Más allá de que su crítica se cierce sobre un sistema que considera limitado, nosotros aquí nos preguntamos por el estamento bioético presente en su decisión.

Callahan adopta una postura colectiva, por la cual el lugar de una persona mayor en la sociedad es un problema grupal, no personal. Justifica su posición afirmando que la política debe hacer eso. El individualismo debe dar paso a la idea social, grupal, junto con el reconocimiento de que vivimos en una realidad de recursos limitados. El concepto de autonomía, que se encuentra en el corazón de la ideología liberal, no recibe la debida referencia en la obra de Callahan.

Desde esta revisión que hacemos de su obra, no podemos simplemente catalogarlo como utilitarista sin más. Si bien, su objetivo es maximizar los beneficios, reasignando recursos a las poblaciones más jóvenes, se argumenta desde el rol circunscripto a la sociedad que le otorga a los ancianos. Su criterio de edad se justifica en un ámbito de decisiones políticas y económicas.

Teniendo en cuenta el análisis que hicimos a partir de los principios de autonomía y justicia en contraste con otros autores, podemos argüir que Callahan no garantiza el cumplimiento de estos principios a la hora de tomar una decisión médica de carácter de vida o muerte. Si somos responsables sólo de las decisiones que tomamos voluntariamente, cabría preguntarnos si los ancianos acceden voluntariamente u otorgan consentimiento a este rol en el ciclo de la vida que propone nuestro autor. Como plantea Engelhardt, sería entonces necesario que este sistema moral y de valores sociales conviva en relación con aquellas personas que partan desde otro sistema.

En cuanto a la justicia, el comunitarismo pareciera conmutar con el seguro prudente que propone Dworkin. Justo será aquello que la mayoría esté dispuesto y sea capaz de pagar. De este modo, se garantiza que todos puedan acceder a los recursos sanitarios mínimos. Si bien, la propuesta del seguro prudente deja abierta la posibilidad de que haya servicios complementarios, como propone Engelhardt, para que accedan quienes así lo deseen y lo puedan costear, el mínimo ya estaría cubierto.

Marcados por una pandemia global, donde las reglas de la medicina son puestas a prueba, se reconoce que la medicina como la conocíamos ha de cambiar. Como las decisiones que se han debido tomar han sido rápidas, buscando minimizar los efectos, los marcos en los que se practica la medicina se volvieron obsoletos y se debió plantear la necesidad de encontrar otros nuevos para protegerse en medio de la crisis. Se requirió pasar rápidamente de la medicina posmoderna occidental a la medicina de catástrofe y supervivencia. El objetivo ya no es tratar de alcanzar los ideales, sino simplemente lo que es factible y minimizar el daño. La medicina cambia rápidamente. El debate bioético de décadas de evolución, que Callahan planteaba en su clásico *Setting Limits*, parecía estar muy lejano de la práctica médica habitual, y más aún de la población en general. Tener este debate más actualizado y generalizado, tanto a nivel de profesiones sanitarias como de sociedad, habría podido ayudar también a reconocer la limitación, no solo por falta de recursos, sino por adecuación de estos. Debe aceptarse que la medicina que conocíamos y los parámetros en los que la practicamos no funcionan en la situación de pandemia.

Su propuesta cuenta con una vigencia más actual que nunca, no porque sea la más válida entre las expuestas, sino por su preocupación de llevar tales cuestionamientos al ámbito público, espacio al que corresponde como debate bioético en torno al final de la vida, la distribución, el racionamiento y la accesibilidad a los bienes sanitarios en el sistema de cuidado de la salud.

Bibliografía principal

Callahan, D. (1987). *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*. Washington D.C. Georgetown University Press.

Callahan, D. (1990). *What Kind of Life: the Limits of Medical Progress*. New York. Simon and Schuster.

Callahan, D. (1993). *The Troubled Dream of Life: in Search of a Peaceful Death*. New York. Simon and Schuster.

Callahan, D. (2015). *What is to do Good Ethics?*. JME40: Good medical ethics. Recuperado de: <http://jme.bmj.com/> on October 27, 2015.

Bibliografía complementaria

Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1999.

Beauvoir, S. (1970). *The Coming of Ages*. London. André Deutsch Ltd and George Weidenfeld and Nicolson Ltd.

Callahan, D. (1993). *Response to Roger W. Hunt*. J Med Ethics. Mar;19(1):24-7. doi: 10.1136/jme.19.1.24.

Callahan, D., *Bioethics: Private Choice and Common Good*, en *Hastings Center Report*, vol. 24, núm. 3, 1994, pp. 28-31.

Callahan, C., *Principlism and Communitarianism* en *Journal of Medical Ethics*, vol. 29, 2003, pp. 269-274. Callahan, 2003.

Callahan, D. (2012). *In Search of the Good. A Life in Bioethics*. New York. Simon and Schuster.

Dworkin, R. (1993), *Justice in the Distribution of Health Care*, McGill Law Journal, 38 (4).

Dworkin, R. (2000) *Sovereign Virtue: The Theory and Practice of Equality*. Cambridge, MA: Harvard University Press

Engelhardt, T., (1981), *Health Care Allocations: Responses to the Unjust, the Unfortunate, and the Undesirable*, in E. SHELP, *Justice and Health Care*, Dordrecht 1981

Engelhardt, T., (1988), *The Foundations of Bioethics, Medicine and the Concept of Person*, in M.F. Goodman, *What Is a Person?*, New Jersey 1988, p. 171-173. ID.

Engelhardt, T., (1996), *Sanctity of Life and Menschenwürde: Can These Concepts Help Direct the Use of Resources in Critical Care?*, in K. BAYERTZ (eds.), *Sanctity of Life and Human Dignity*, D. Reidel, Dordrecht 1996, pp. 201-219.

Engelhardt, H. (1996). *The Foundations of Bioethics*. Second Edition. New York: Oxford University Press. pp. 3–31.

Engelhardt, T. (1997), *Freedom and Moral Diversity: The Moral Failure of Health Care in the Welfare State*, *Social Philosophy & Policy*, 14 (2).

Escobar Triana, J. & Aristizábal Tobler, C. (2011). *Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples*. Universidad El Bosque. *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 6 No. Especial - Noviembre de 2011, p. 92

Faden, R.R. and Beauchamp, T.L. (1986). *A history and theory of informed consent*. Oxford University Press. New York: p. 235-273.

García Vargas, J. (2005). *El sentido de la vejez, la tecnología y los fines de la medicina*. *Ars Médica. Revista de Humanidades*; 4: 159-163.

Glosario ético y filosófico, 2008-2010, Magíster Bioética, Universidad Complutense Madrid.

Hearn, F. (1992). *What Kind of Life: the Limits of Medical Progress*. By Daniel Callahan. New York: Simon & Schuster. 1990. 318 Pp. \$19.95., 8 J. *Contemp. Health L. & Pol'y* 945.

Hunt, R. (1993). *A Critique of Using Age to Ration Health Care*. *Journal of medical ethics*; 19: 19-23.

Justiniano "Iustitia est constans et perpetua voluntas ius suum cuique tribuens". Cf., *Institutiones et Digesta*, citado en Gafo, J., *Los principios de justicia...*, p. 84.

Jonas, H., *The Burden and Blessing of Mortality*, *Hastings Center Report*, vol. 22, no. i (January-February 1992), p. 34.

Kass, L. (1985). *Toward a Moral Natural Science*. New York. The free press. A division of Macmillan, Inc.

Luna, F. & Salles, A. (2008). *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Fondo de Cultura Económica. El Salvador 5665; 1414 Buenos Aires, Argentina. Av. Picacho Ajusco 227. 14200 México D.F.

Lora, Pablo de (2010), *La reforma sanitaria de Obama: Entre la pesadilla y el noble sueño*, El Cronista del Estado Social y Democrático de Derecho.

Menzel, P. (2002), *Justice and the Basic Structure of Health-Care Systems*, en M. Battin, R. Rhodes y A. Silvers (eds.), *Medicine and Social Justice: Essays on the Distribution of Health Care*, Oxford, Oxford University Press.

Morales González, J.; Nava Chapa, G.; Esquivel Soto, J.; Díaz Pérez, L. (2011). *Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre*, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud Área Académica de Medicina, Área Académica de Farmacia. México.

Nozick, Robert (1974), *Anarchy, State and Utopia*, Oxford, Basic Books.

Rawls, J. (1971), *A Theory of Justice*. Cambridge, Massachusetts: Belknap Press of Harvard University Press,

Rawls, J. (1995), *Liberalismo político*, México, Fondo de Cultura Económica.

Rawls, J. (2002), *La justicia como equidad, una reformulación*, Barcelona, Paidós. Sade, R.M

Royes i Qui. A. (2003). *Comentarios al libro Los fundamentos de la bioética, de Hugo Tristram Engelhardt*. Observatori de Bioètica i Dret del Parc Científic de Barcelona. Baldiri Rexach, 4-6, Torre D. 08028 Barcelona. España.

Zúñiga Fajuri, A. (2013), *Desigualdad sanitaria, libertarismo e igualitarismo*. Política y gobierno. Vol. XX. Nº 2, II Semestre. Pp. 335-358