



Derechos humanos y bioética en medicina: por una medicina como bien común

Human Rights and Bioethics in Medicine: Advocating for Medicine as a Common Good



Miguel Kottow Lang

Universidad de Chile

Email: mkottow@med.uchile.cl

 <https://orcid.org/0000-0002-6403-1338>



Resumen

La brecha de inequidad en cuidados de salud y atención médica va en constante aumento, sin que los derechos humanos —derecho a la salud— ni la globalizante bioética logren mitigarla o sensibilizar sobre sus consecuencias deletéreas. Este texto reflexiona sobre una medicina entendida como bien común. Un bien común requiere el reconocimiento de una antropología común, expresada en tres condiciones antropológicas trascendentales para la supervivencia y la integración social: relacionalidad, trascendencia mundana y trascendencia de sí. Estas condiciones son constitutivas del cuerpo vivido que percibe el entorno y el cuerpo vivo que actúe en y sobre el mundo. Percepción y acción son susceptibles de daños que reducen la competencia vital del cuerpo. La mantención funcional del cuerpo en sus condiciones antropológicas es tarea de la medicina: cuidar, curar y rehabilitar al cuerpo desmembrado que ha de ser un bien común indiscriminadamente accesible y disponible para todo ser humano.

Abstract

Inequity in health and medical care increase constantly; neither human rights, including the right to healthcare, nor global bioethics manage to mitigate or raise awareness of their damaging consequences. This text proposes medicine as a common good, thus requiring a common anthropology, expressed as three transcendental anthropological conditions to ensure survival and social integration: relationality, mundane transcendence, and transcendence of self. These conditions pertain to the lived body, which perceives the environment and the living body that acts in and on the world. Perception and action are susceptible to dysfunctional damage. It falls to medicine to care for, cure and rehabilitate the damaged body. Medicine ought therefore to be a common good, indiscriminately accessible and available to every human being.

Key words

Condiciones antropológicas; salud; medicina; bien común.
Anthropological conditions; health; medicine; common good.

Fechas

Recibido: 30/06/2024. Aceptado: 23/07/2024



Hoy se ha vuelto crucial otorgarle a la situación en la que nos encontramos el poder de hacernos sentir, pensar e imaginar.

(Stengers, 2019)

1. Introducción

El estado actual de nuestro planeta, maculado y amenazado por deterioro ecológico severo, intranquilidad social manifiesta, guerras cruentas que permanecen sordas a establecer acuerdos y una desigualdad creciente entre los privilegiados y la extensa población que brega por cubrir sus necesidades básicas y padece movilización social regresiva, son causadas por acciones antropocénicas torpes y tóxicas frente a las cuales han fracasado frenos políticos, diplomáticos, sociales y éticos. Posiblemente sea el incesantemente proclamado “derecho a la salud”, el tema que marca la convergencia entre derechos humanos positivos y bioética, compartiendo el fracaso en contener o mitigar la multicausal, creciente y apremiante “desigualdad de salud” o “la brecha en salud” (Marmot, 2015, 2017).

En el contexto de las ingentes y multicausales inequidades en salud, el discurso sobre derechos humanos y el desarrollo de la disciplina bioética requieren ser revisados en su significación y evaluados en su ineficacia por mitigar o poner coto a un mundo donde protección y seguridad individual se debilitan

La medicina se ha dejado seducir por una medicalización que erosiona los límites siempre frágiles y contextuales entre salud y enfermedad, desvirtuando sus tareas sociales a través de la mercantilización, y perdiendo la confianza de la sociedad con su tendencia a la despersonalización que cursa con el llamativo, pero incorrecto, nombre de deshumanización. Estas transformaciones de la medicina, en general criticadas como deterioros, afectan a la medicina clínica tecnificada, a la salud pública empañada por su participación deslucida y en parte desdolorosa en la pandemia COVID-19, y a la biomedicina empeñada en una acelerada reducción cientificista de investigaciones que se alejan de valores sociales para servir a intereses corporativos.

La salud aparece en declaraciones, convenciones y otros documentos, proclamando que “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. A pesar de ello, la desigualdad en “cuidados de la salud” —healthcare— y de atención médica va globalmente en aumento (Marmot et al., 2020).

En el contexto de las ingentes y multicausales inequidades en salud, el discurso sobre derechos humanos y el desarrollo de la disciplina bioética requieren ser revisados en su significación y evaluados en su ineficacia por mitigar o poner coto a un mundo donde protección y seguridad individual se debilitan, mientras se expande una sociedad de miedo (Bude), acuciada por restricciones al ejercicio de la autonomía individual y la falta de una red social de protección. Derechos y bioética condenan y proclaman, sin atender a las palabras de Marx —11.ª tesis contra Feuerbach—, ni a la teoría crítica de Frankfurt reclamando que la crítica y las interpretaciones han de dar lugar a proposiciones



transformadoras. La pluma individual no transforma, pero hace esfuerzos, tal vez vanos, de sugerir un sutil filamento al imaginar un hilo de Ariadna para recuperar los cuidados médicos en equidad.

Por anclar en la realidad, las propuestas aquí sugeridas no son utópicas, tienen más bien el tenor de la imaginación productiva sugerida por Paul Ricoeur: “Es necesario resistir a la seducción a las expectativas puramente utópicas: ellas no pueden sino desesperar la acción, se precisa un anclaje en la experiencia” (Porée, 2024, p. 51). Tras un breve análisis crítico de la instrumentalidad fracasada de los derechos positivos en salud y de la bioética global, se propone pensar una medicina como bien común, lo cual requiere reinstaurar la antigua idea del bien común, y basarlo en rasgos antropológicos corpóreos presentes en todo ser humano. Curar, mitigar, compensar y rehabilitar el deterioro antropológico del cuerpo es tarea de la medicina que debe ser resituada como un bien común accesible y disponible para todo ser humano sin discriminaciones.

2. Sobre derechos

El tema de los derechos humanos toma como referente principal la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), ampliada con pactos y protocolos como *Carta Internacional de Derechos Humanos*. La DUDH no se pronuncia sobre fundamentos teóricos: “simplemente *declara* ciertos valores como derechos humanos” (Beitz, 2003, p. 36). Poseer o necesitar un valor “solo constituye derecho si su valor es de tipo suficiente (*of a kind sufficient to*) para imponer deberes a otros —más precisamente, al menos a otro” (Raz, 2010, p. 36). “Identificamos como derechos humanos a aquellos derechos cuyo respeto puede ser exigido por cualquiera” (Raz, 2010, p. 42).

Los derechos humanos pertenecen al orden moral donde tienen carácter apelativo. Para constituirse en normas vinculantes y generar deberes correlativos, han de ser juridificados como derechos civiles fundamentales, teniendo en consideración que con ello los derechos universales se tornan particulares “porque los derechos civiles siempre son lo que son únicamente en referencia a la comunidad jurídica en la que son reconocidos *como* derechos civiles (de sus integrantes)” (Wellmer, 2013, p. 70). Entre tener un derecho y poderlo ejercer o reclamarlo hay una infinidad de circunstancias y obstáculos que vuelven la tenencia en desesperanza. En un mundo plagado de injusticias, desigualdades, violaciones de derechos humanos considerados básicos, el tema no logra consolidarse (Esposito, 2011, p. 58), y el lenguaje de la DUDH es visto como inadecuado e ineficaz, al hablar de derechos sin asignar las obligaciones correlativas.

Entre tener un derecho y poderlo ejercer o reclamarlo hay una infinidad de circunstancias y obstáculos que vuelven la tenencia en desesperanza

Entusiasmos iniciales por la proclamación de los DUHD se atemperaron en los años de la Guerra Fría y quedaron relegados por las luchas contra el terrorismo desencadenadas por el ataque a EE. UU. en 2001. A este desencanto contribuyeron los desastres humanitarios provocados por masivas migraciones y las severas



dificultades de acogida, obstaculización y rechazo por las naciones solicitadas de refugio. Aún antes de los estragos de la pandemia COVID-19, un alto funcionario de las Naciones Unidas señaló:

Tal vez menos directamente, pero no menos insidioso en su impacto, es otra forma de crítica a los derechos humanos, indicando que posiblemente no sean en sí malos [not bad in themselves], sino que son un lujo. Lo importante sea terminar con los conflictos, imponer seguridad y alcanzar desarrollo. Solo entonces podremos abocarnos a los derechos. (Gilmour, 2018)

Consciente que el mundo se sume en desorden y caos, Gilmour concluye:

El discurso de los derechos humanos ha sido silenciado, el péndulo de los derechos parece haberse inmovilizado en el polo negativo. A pesar de ello, el lenguaje de los derechos humanos constituye un telón de fondo, un ideario insustituible al menos en la cultura occidental

Luego de tres décadas de real progreso en el avance de derechos, libertades y dignidad, el péndulo claramente va en la dirección contraria. Y no sé cuándo podrá nuevamente oscilar en la dirección que deseamos y necesitamos. (2018)

El discurso de los derechos humanos ha sido silenciado, el péndulo de los derechos parece haberse inmovilizado en el polo negativo. A pesar de ello, el lenguaje de los derechos humanos constituye un telón de fondo, un ideario insustituible al menos en la cultura occidental, sin desconocer que carece de fuerza pragmática para realizar sus anhelos, o siquiera evitar la violación de derechos primarios por acciones bélicas, por condiciones socioeconómicas gravosamente dispares, y por una riesgosa desprotección social de las personas.

3. Derecho a la salud

El derecho a la salud ha sido calurosamente inscripto como un derecho legal, mas no por ello logra existir en un sentido fenomenológico relevante. Las dificultades de los servicios nacionales de salud los obliga a apoyarse en ofertantes extrasistémicos o a perder su tuición médica sobre pacientes que han preferido protegerse en la medicina privada, redundando en que el gasto de bolsillo en salud aumenta incesantemente y, si sobrepasa el 30-40%, se convierta en el ruinoso Gasto Catastrófico en Salud.

Alma Ata, Lisboa, DUBDH, Helsinki, CIOMS, y otras declaraciones, no han logrado evitar serios deterioros en las tareas sociales de la medicina: la provisión de cuidados de salud y terapia médica es crecientemente desigual, las instituciones médicas estatales disponen de escasos e insuficientes recursos, la medicina privada administrada florece como servicio integrado a las leyes del mercado, a costa de frustración de la profesión médica y la insatisfacción de la ciudadanía que requiere sus servicios. El tema de



las enfermedades desatendidas que continúan desamparadas, y las afecciones antaño exitosamente dominadas aumentan su incidencia y se tornan resistentes a tratamientos antes exitosos —tuberculosis multirresistente, resistencia microbiana a antibioticoterapia—, provocando el resurgimiento de enfermedades infecciosas —Chagas, dengue, chikunguña, zika—. Enfermar se vuelve un riesgo económico inquietante que acelera la movilidad social descendente en gran parte de la humanidad que vive en estado de precariedad existencial, las eufemísticamente llamadas poblaciones vulnerables.

Es inoperante y vacío hablar de derecho a la salud, mientras el término implique no solo estar libre de enfermedad sino gozar de un estado de completo bienestar físico, mental y social

El derecho a la salud, presentado como el disfrute del más alto nivel posible de salud nació congénitamente inviable, desde el día en que la salud fue definida de forma irreal e inalcanzable, lo cual llevó a entenderla como un derecho político, no humanitario (Arras y Fenton, 2009). El derecho a salud o la protección de salud tiene presencia ubicua en las Constituciones de Estado y es materia de desmenuce académico incansable, a pesar de lo cual la accesibilidad se vuelve insuficiente, mermada o inalcanzable. Con la expansión de la llamada “nueva salud pública” (Petersen y Lupton, 2000), que requiere del individuo autogestionar la prevención de enfermedad y la prosecución de un estilo de vida

saludable, pierde sustancia la idea de un derecho de salud reclamable al Estado o sus instituciones. Las necesidades básicas de nutrición, seguridad, educación y medicina son entregadas a la azarosa gestión individual que no puede ser asumida por los cada vez más numerosos desposeídos y precarizados.

Las ampulosas definiciones de salud y el reconocimiento que salud y su quebranto son multicausales principalmente socioeconómicas, como también culturales y políticas, el tema queda atrapado en irrealidad fantasmagórica. Es inoperante y vacío hablar de derecho a la salud, mientras el término implique no solo estar libre de enfermedad sino gozar de un estado de completo bienestar físico, mental y social. Los afanes de cobertura universal o global de salud —o de medicina— llevarían a ingentes incrementos de costos y una cobertura estancada en insuficiencia y expectativas frustradas.

4. Sobre bioética

A despecho de los intentos de V. R. Potter por crear una bioética que desarrollase la “sabiduría de la sobrevivencia” mediante un puente entre ciencias naturales y valores humanos, más tarde enriquecida por su devoción a la ecología profunda de Leopold y Ness, la bioética que se convirtió en hegemónica —*mainstream*— nace en un centro ético de la Georgetown University. Los académicos del Kennedy Institute of Ethics rápidamente desarrollaron una bioética de fácil difusión, basada en los conocidos cuatro principios. El marcado énfasis en la autonomía del paciente, operativizada y supuestamente robustecida por el consentimiento informado elaborado para fortalecer su derecho a participar en las decisiones médicas que le competen, es un



tema desarrollado en el marco de la ética médica en desatención a las limitaciones del ejercicio de autonomía en grupos sociales desarticulados por enormes desigualdades.

Muy pronto los cultores de la bioética se plegaron a la crítica que su campo de acción debía exceder el ámbito de una ética aplicada a la práctica médica, dando nacimiento a diversas ramas como la bioética de la investigación, bioética prenatal,

El divorcio de la disciplina bioética con respecto a los problemas y conflictos sociales en cuidados de salud: *healthcare*, atención médica y salud pública, fue acusada desde la sociología

personalista, transdisciplinar, macro, meso y microbioética, metabioética y otras más, hasta reunir todos estos tentáculos en una bioética global llamada a ser “una alternativa a la crisis de la humanidad” (García-Rodríguez et al., 2009; Camargo Rubio, 2022). Escribe Diego Gracia sobre la bioética global “que el ejercicio de su propia metodología la está llevando a enfrentar problemas cada vez más globales, hasta el punto de que de ser una disciplina fundamentalmente clínica está pasando paulatinamente a convertirse en un instrumento de análisis social, institucional y política” (Gracia, 2002, pp. 37-38). Es difícil compartir el entusiasmo con que el autor describe el estatus actual de la bioética, dado que la ambición

de análisis va a costa de abandonar su original proyecto de una ética médica preocupada de recuperar la equidad participativa del paciente en el encuentro clínico. El Uehiro Centro para Éticas Prácticas de Oxford ofrece una definición de éticas prácticas, también llamadas Filosofía Moral o Ética Aplicadas como rama de la filosofía proveniente del estudio de ética, cuyo objetivo es examinar y definir principios de comportamiento moral y aplicarlos a los escenarios de la vida real (<https://www.practicaethics.ox.ac.uk>). En diversos documentos, la bioética es determinada como prioridad sectorial, la UNESCO declarándose comprometida con una bioética global para la supervivencia de la humanidad y la permanencia de una vida humana auténtica en la Tierra (Solinis, 2015).

El divorcio de la disciplina bioética con respecto a los problemas y conflictos sociales en cuidados de salud: *healthcare*, atención médica y salud pública, fue acusada desde la sociología (Hedgecoe y Martin, 2003) y, de algún modo no explicitado, movió a la UNESCO a reconocer la necesidad y conveniencia de establecer principios universales que sirvieran de fundamento para una respuesta a los dilemas y controversias cada vez más numerosos que la ciencia y la tecnología plantean a la especie humana y al medio ambiente, en 2005 proclamando la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos (DUBDH).

La DUBDH “trata sobre las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, éticas, jurídicas y ambientales” (Art. 1). El Art. 2(c) requiere “promover el respeto por la dignidad humana y proteger los derechos humanos, asegurando el respeto por la vida de seres humanos y las libertades fundamentales congruentes con la legislación internacional sobre derechos humanos”. A lo largo de 28 artículos, la declaración enfatiza la cooperación internacional en fomentar el conocimiento científico y comprometer la equidad de acceso a la información y acceso al progreso de la tecnociencia. La bioética,



en efecto, se ocupa con progresivo entusiasmo de la expansiva biotecnociencia, llevando a una crítica observación sociológica:

Como disciplina académica se produce en recientes años lo que podría denominarse la rastrera participación en entidades corporativas [corporización] de la bioética. Las industrias farmacéuticas y biotecnológicas entregan más y más dinero efectivo a los bolsillos de académicos que enseñan e investigan en ética. Parte de ello va directamente a individuos en forma de honorarios de consultoría, contratos, honorarios y sueldos. En algunos casos, el pago es menos directo, como donaciones a centros de bioética. (Elliot, 2001, p. 1)

El holístico compromiso de la bioética por celebrar y participar en un mundo cuyos logros biotecnocientíficos sean vehículos de bienestar en justicia, es loable y ciertamente muy celebrado por académicos y pensadores teóricos, permitiéndoles en gran medida teorizar sin compromiso de realizabilidad

La bioética es, por ende, una disciplina que ha despegado desde la práctica a la teoría con toda solvencia académica, pero también con sus distorsiones, discurriendo en complejidad sobre diversos problemas metabiológicos y metamédicos de impronta transdisciplinar y plural, que avivan el debate reflexivo, rehuendo el compromiso de ayudar a dirimir dilemas prácticos. La falta de pragmatismo de la bioética quedó ratificada en la pandemia COVID-19:

Los enfoques de la bioética habitual no resolverán los debates de esta pandemia sobre cómo asignar recursos en vista de crónicas disparidades de salud y desventajas estructurales. Tampoco servirán las conocidas estrategias bioéticas para asegurar un confiable acceso a vacunas en comunidades con una larga historia de acceso inadecuado a cuidados de salud y extensos motivos para desconfiar. El progreso en estos temas éticos urgentes requerirá nuevos aprendizajes por pacientes y comunidades [...] aprovechando esta oportunidad para abandonar conceptos erróneos y estrategias obsoletas. (Wolf, 2021, p. 4)

El holístico compromiso de la bioética por celebrar y participar en un mundo cuyos logros biotecnocientíficos sean vehículos de bienestar en justicia, es loable y ciertamente muy celebrado por académicos y pensadores teóricos, permitiéndoles en gran medida teorizar sin compromiso de realizabilidad: la bioética abandona el terreno de la ética práctica para incorporarse a la ética filosófica.

[...] la bioética es una praxis filosófica que busca la realización de los valores morales en las prácticas relacionadas con las ciencias de la vida y las profesiones de la salud, dentro del marco de un compromiso existencial con la transformación de la realidad en orden al bien común, a la justicia y el florecimiento de la vida en ese planeta azul. Su actitud y sus métodos de análisis son transdisciplinarios. Su identidad y su hogar epistemológico último se encuentra en la filosofía. (Ferrer Negrón, 2008, p. 44)



El proceso de distanciamiento divergente es irreversible: mientras la bioética se torna más holística y teorizante, la ética médica necesita recuperar su función de ética aplicada a cuestiones médicas —clínica, salud pública, investigación biomédica—. En el estado actual, tanto la bioética como la ética médica carecen de fuerza normativa, sufriendo lo que J. L. Austin (1911-1960) llamó la performativa infeliz: llama a la acción en circunstancias que son adversas a su realización. La medicina se encuentra con dilemas insolubles y decisiones críticas sobre todo en relación a los extremos de la vida, donde la autonomía tiene que ser regulada por normas vinculantes que provengan de una disciplina naciente: el bioderecho o bioética jurídica.

5. Bioética y bioderecho: un esfuerzo inmaduro

El modelo bioético y el pragmatismo clínico enfocados en la solución de problemas enmarcados en el proceso de toma de decisiones operan en diferentes niveles de complejidad. (Scher y Kozłowska, 2013, p. 16)

En vez de ser capaces de conceptualizar una situación ética en términos de problemas a abordar lo que clínicos ven como su aceptado y estandarizado modo de discurso, los bioeticistas los incita a pensar en términos de una gavilla de principios morales. (Scher y Kozłowska, 2013, p. 24).

El lenguaje de derechos es de orden moral, inevitablemente sugerente y propositivo, pero no normativo. La ética tiene por objetivo legitimar normas cuya juridificación es indispensable para regular y limitar ciertas acciones y prácticas que no pueden quedar fuera del derecho so pena de extralimitar la autonomía a producir daños a las personas y a la sociedad. Dado que la medicina es la única práctica social autorizada a intervenir en el cuerpo humano de otra persona, en el entendido que lo hace con la competencia profesional y con fines terapéuticos, es obvio que requiere regulación ética de su ámbito de acción. La ética médica, a diferencia de la bioética, ha de ser contextual, situada, ponderada para orientar decisiones en situaciones dilemáticas.

La ética médica, a diferencia de la bioética, ha de ser contextual, situada, ponderada para orientar decisiones en situaciones dilemáticas

La medicina, cuyo núcleo de acción es, y jamás debe dejar de ser, el encuentro clínico con el paciente se ha transformado en un complejo sistema de administración, ahora digital, de un proceso de medicalización, mercantilización y despersonalización. La acción médica es compleja y sometida a múltiples variables contextuales que dificultan la imputación de responsabilidad al terapeuta individual, con la consecuente desprotección del paciente que se convierte en un caso clínico que el sistema aborda con una nosología general, cambiante e impersonal. Claramente esta evolución requiere un nuevo esquema de reflexiones ético-médicas que eviten lo que Ivan Illich llamó la némesis de la medicina.



En la aún bisoña disciplina del bioderecho, hay visiones prudentes que le piden legalizar lo que la bioética legitima en un debate democrático, pero no faltan quienes con impulsiva ambición vislumbran un bioderecho expansivo que

En muchas situaciones surge como respuesta a los avances del progreso científico y tecnológico vinculados con la problemática de los seres vivos y representa una simbiosis entre la vida y el comportamiento del ser humano en su entorno natural, que se relaciona con todo aquello relativo a la salud y la dignidad. (Mazo Álvarez, 2014, p. 75)

El derecho a la salud, la bioética, la ética médica y el bioderecho intentan todos regularizar una práctica social tan fundamental como la medicina, pero carecen de un cimiento antropológico que dé arraigo firme e indiscutible a la elaboración de una ética orientadora de todos los debates, normativas y leyes que ordenen estas prácticas en beneficio de los seres humanos. En estas condiciones, es inquietante que se observe el eventual “paso a un derecho prescriptivo y coercitivo” (Romeo Casabona, 2017, p. 6).

6. Atributos antropológicos trascendentales

El llamado a fundar lo ético, y en especial la bioética, en la naturaleza del hombre ha topado con el pensamiento laico moderno que reniega del esencialismo y de presuntas

El acercamiento de bioética y derecho ha reforzado el interés por encontrar raíces antropológicas en la construcción estructural de las disciplinas que buscan legitimar su quehacer a nivel social, “dado que la bioética plantea problemas antropológicos generales, esto es, de estructura”

naturalezas inherentes (Ferro et al., 2007; Tomar Romero, 2013). En bioética se han privilegiado varias características esenciales del ser humano: sintiencia, autonomía, racionalidad, autoconciencia, para identificar a los seres con estatus moral, sin concitar mayor acuerdo (Shea, 2018). El acercamiento de bioética y derecho ha reforzado el interés por encontrar raíces antropológicas en la construcción estructural de las disciplinas que buscan legitimar su quehacer a nivel social, “dado que la bioética plantea problemas antropológicos generales, esto es, de estructura” (D’Agostino, 2002, p. 177). Es perentorio reconocer tanto para el derecho como para la bioética, los fundamentos antropológicos de todo ser humano, aun cuando la búsqueda ha sido infructuosa, probablemente debido al error de preguntar “¿Qué es el hombre?” en vez de indagar ¿quién es el hombre?, y responder que el ser humano es esencial y primariamente un ser relacional (Buber, 1954). Solo así se podrá edificar una ética que afronte con base universal los temas que deberán ser moldeados

por los contextos y situaciones en que recomendaciones bioéticas y normativas del derecho cumplan efectivamente su tarea de protección de todos.

La aparente contradicción aporética entre negar una naturaleza esencial al ser humano, y reconocer la necesidad de fundamentos antropológicos para legitimar estructuras



éticas y jurídicas en la convivencia de los individuos entre sí y en colectividades, ha tenido algunas resoluciones razonables. Fundado en los escritos de Heidegger, se presenta una “antropología existencial”.

En todo caso, la antropología existencial consiste en describir, en el transcurso de la vida, los logros existenciales. ¿Cómo viven concretamente los seres humanos, arrojados en el mundo y en el tiempo, entregados al tiempo, descubriendo la temporalidad caracterizada por un conjunto de estructuras existenciales? (Pette, 2014, p. 240). Heidegger, como Hanna Arendt, se distancia de una naturaleza humana como esencia antropológica.

El problema de la naturaleza humana [...] no parece tener respuesta tanto en el sentido psicológico individual como en el filosófico general. Resulta muy improbable que nosotros, que podemos saber, determinar, definir las esencias naturales de todas las cosas que nos rodean, seamos capaces de hacer lo mismo con nosotros mismos, ya que eso supondría saltar de nuestra propia sombra. Más aún, nada nos da derecho a dar por sentado que el hombre tiene una naturaleza o esencia en el mismo sentido que otras cosas. Dicho con otras palabras: si tenemos una naturaleza o esencia, solo un dios puede conocerla y definirla, y el primer requisito sería que hablara sobre un “quién” como si fuera un qué. (Arendt, 2003, p. 24)

Arendt prefiere hablar de la condición humana, explicitada mediante las tres actividades fundamentales de la *vita activa*. Para los problemas aquí abordados, es preferible aceptar la idea de condicionalidad, pero referida a atributos trascendentales, en tanto condiciones antropológicas de posibilidad para la existencia de todo ser humano. Estas condiciones son: relacionalidad con el otro y los otros, trascendencia del cuerpo humano al mundo exterior, y trascendencia de sí como forma de forjar la propia identidad y el sentido de su existencia (Kottow, 2024).

Estas condiciones son:
relacionalidad con el otro y los otros, trascendencia del cuerpo humano al mundo exterior, y trascendencia de sí como forma de forjar la propia identidad y el sentido de su existencia

Las condiciones o atributos del ser humano son trascendentales para sobrevivir, madurar e insertarse en sociedad, que se realizan por medio del cuerpo: son condiciones del cuerpo para existir. Son congénitas y permanecen activas durante toda la vida, en tanto no sufran algún desmedro o lesión. La relacionalidad es

la capacidad de crear contactos y vínculos con otros seres humanos, sin los cuales el individuo no sobrevive —Buber—. La trascendencia mundana, el *Dasein* arrojado al mundo —Heidegger—, requiere percibir la realidad y actuar sobre ella corporalmente; la trascendencia de sí —Sartre— refleja el anhelo de trascendencia en el sentido de dejar una huella, un rastro después de la muerte —hijos, obras, escritos, imágenes—.

Los atributos trascendentales florecen en medio del mutuo reconocimiento, motivados por la ética para obtener y compartir bienes e intereses en forma pacífica y comprometida, tema trabajado desde la ética dialógica de Buber y Levinas, hasta las recientes éticas relacionales —reconocimiento (A. Honneth), resonancia (H. Rosa), responsividad (Waldenfels)—.



El ser humano vive a través del cuerpo, y cuando se vuelve disfuncional en alguno de los atributos fundamentales, sea por causa de trauma, enfermedad o degeneración, el desmedro ha de ser mitigado, curado, compensado o rehabilitado por la práctica médica, única competente y autorizada para interferir en el cuerpo enfermo con miras a componer o eliminar la disfunción. Eso hace de la medicina la más imprescindible de las prácticas sociales y, por ende, la más universal de las protecciones que los seres humanos requieren. Si las condiciones antropológicas trascendentales son comunes a todos los seres humanos, es innegable que el cuidador universal del cuerpo así condicionado es una medicina disponible sin discriminaciones ni limitaciones materiales, con lo se distingue como bien común. Pensar la medicina como un bien común requiere una breve actualización de la antigua, pero a lo largo de la historia marginada y rechazada, idea del bien común, finalmente destruida por la hegemonía del derecho de propiedad.

7. El renacimiento del bien común

Los comunes o bienes comunes son los recursos culturales y naturales accesibles a todos los miembros de una sociedad, incluidos los materiales naturales como el aire, el agua y una Tierra habitable

Históricamente, los seres humanos disponían de ciertos bienes vitales como el agua, la tierra, el aire que, no siendo propiedad de alguien, eran de libre disposición según las necesidades de cada uno. Con el cercamiento de tierras y la institución del derecho de propiedad, la tierra dejó de ser un bien común y su usufructo se transformó en un derecho de propiedad. Actualmente solo un 3% de la tierra es un bien común, a pesar de la Declaración Universal de Bien Común de la Tierra y de la Humanidad (Globethics Library, 2010). La Digital Library of the Commons define “comunes” como “un término general para los recursos compartidos en los que cada parte interesada tiene el mismo interés”. La distinción entre común y público se puede remontar históricamente, a la categoría jurídica romana *res communis*, aplicada a las cosas comunes para ser usadas y disfrutadas por todos, en contraposición a *res publica*, referida a los bienes públicos administrados por el Gobierno.

Los comunes o bienes comunes son los recursos culturales y naturales accesibles a todos los miembros de una sociedad, incluidos los materiales naturales como el aire, el agua y una Tierra habitable. En sociedades muy desiguales, es asunto del Estado emprender la cobertura de bienes comunes esenciales para la mantención y cuidado del cuerpo humano: nutrición, refugio, protección social y, como ya indicado, atención médica.

El pensamiento neoliberal —ordoliberal— solicita que el Estado solo se preocupe de evitar anomalías en el mercado, cediendo al poder privado el despacho de educación, salud, previsión. Queda eliminada la antigua idea del bien común para instalar la sociedad de riesgo, de la gestión individual sin red de cobertura para los desempoderados. De este modo genera la desprotección y la precariedad de todos los que carecen de los



recursos para solventar en el mercado sus necesidades básicas: “El enemigo de los bienes comunes es siempre el mismo: la mortal tenaza conformada por el Estado y las grandes empresas” (Mattei, 2013, p. 37).

Para paliar la burocratización del Estado que se dirige a los individuos como entidades abstractas y aisladas, los comunes son susceptibles de democratizarlo, mediante la inclusión de usuarios a la deliberación, de este modo inscribiendo al individuo en un colectivo, como también dotándolo de las capacidades reales a la vez en términos de gestión y de acceso a bienes y servicios. (Jourdain, 2022, p. 33)

El gobierno de los bienes comunes viene informado, pues, por el principio del libre acceso [...] Si los bienes comunes son libres, no debería pagarse por las necesidades que a través de ellos se satisfacen [...] La sanidad es un bien común porque curar a los necesitados es un deber de civismo y de solidaridad de todo médico. (Mattei, 2013, p. 75)

No es de relevancia para el tema aquí tratado, ir más allá de mencionar el muy leído artículo de G. Hardin “La tragedia de los comunes”, cuya visión negativa sobre el bien común fue notoriamente desacreditada por la Premio Nobel Elinor Bostrom al demostrar empíricamente que un bien común administrado por un grupo definido y acotado de personas respetuosas de reglamentos autoimpuestos de uso, podría ser inagotable a menos que fuese capturado por fuerzas externas. El bien común es universal, pero su gestión ha de ser grupal, de acuerdo con lo demostrado por Bostrom.

El bien común es universal, pero su gestión ha de ser grupal, de acuerdo con lo demostrado por Bostrom

La reemergencia del interés por los bienes comunes es reactiva a discursos apocalípticos y catastrofistas, la sensación de crisis de las instituciones sociales, políticas y económicas, y el consiguiente miedo ecológico (Luhmann), por D’Agostino ampliado a un miedo bioético que objetiva “miedos antiguos y ancestrales, así como otorga fundamento plausible a miedos nuevos y futurológicos” alentando la percepción pública de “un nuevo, terrible y, por tanto, temible poder sanitario” (D’Agostino, 1998, p. 75).

8. Medicina como bien común

El concepto de una medicina como bien común ha de ser estructurado en base a ciertas premisas aquí solo esbozadas. La unidad colectiva, donde las decisiones se toman inductivamente *—bottom up—* es idealmente la comuna: un conjunto de personas con necesidades e intereses comunes. La idea de medicina comunitaria, más allá de haber tenido resultados dispares, acepta que la comunidad es una sucursal representativa de las autoridades sanitarias centrales, que fijan recursos, organización y cobertura en forma deductiva *—top down—*, desatendiendo contextos y situaciones locales que requieren ser considerados. La comuna, em cambio, se organiza desde sus propias necesidades y prioridades que determinan desde los comuneros *—bottom up—* el modo de organizar su



calendario y horario, condiciones de membresía, reglamento de funcionamiento y otras reglas que son los requisitos propuestos por Elinor Ostrom para institucionalizar la gestión eficaz del bien común requerido. Para desplegar una medicina de acceso oportuno, directo y gratuito, es decir, para que sea efectivamente un bien común, la comuna acuerda sus necesidades médicas según su demografía, condiciones ambientales y climáticas locales, y planifica la estructura de la atención médica deseada.

La idea de una medicina como bien común no pretende destruir la edificación del sistema médico contemporáneo, aunque reconoce sus falencias. Se distancia del neocomunalismo que ha tomado la bandera ecologista cuyas premisas son contrarias a la propuesta de una medicina como bien común: “En la conflictividad política, la

La idea de una medicina como bien común no pretende destruir la edificación del sistema médico contemporáneo, aunque reconoce sus falencias

referencia a la comunidad sigue siendo un arma muy importante” (Almarzán y Barcena, 2023, p. 26.) “Salir del mundo neoliberal significa recuperar lo común” (Almarzán y Barcena, 2023, p. 9). En esta propuesta hay un anarquismo anticapitalista para restituir un orden político comunista, una propuesta utópica que requeriría un retorno a los tiempos revolucionarios, un ideario que en nada coincide con la recuperación de la medicina como un bien común. Sin afán antisistémico, el propósito de un bien común médico es democratizar el acceso y la atención médica

resolutiva que reduzca la necesidad de recurrir al hospital y a los complejos métodos diagnósticos y terapéuticos existentes, manteniendo el convencimiento empíricamente avalado que todas las ideas concebidas de reestructuración hacia la equidad sanitaria no han impedido los aumentos de desigualdad de una medicina cada vez más eficaz, pero también crecientemente discriminatoria. Por cierto, el equipo médico comunal tiene acceso directo para referir las personas más enfermas a la estructura tecnocientífica de las especialidades y de los procedimientos más complejos.

9. Medicina comunal o comunitaria

De acuerdo a la Declaración de Alma Ata (1978) los países debían propender a una atención primaria de salud universal, lo cual ha sido logrado mayoritariamente en países de nivel económico alto, con una estructura que tiene cierta similitud con lo aquí propuesto —el General Practitioner de Gran Bretaña, el Allgemeinarzt de Alemania, la Atención Primaria en España— cuya estructura más comunitaria que comunal le ha restado una eficacia satisfactoria para pacientes y terapeutas, con problemas burocráticos, políticas gubernamentales inadecuadas y, por cierto, falta de recursos, lo que lleva a reducción de eficacia y satisfacción.

El Estado, a través de los impuestos generales que recauda, financia la totalidad de las prestaciones sanitarias y un porcentaje de las prestaciones farmacéuticas; pero este presupuesto es repartido entre las diferentes comunidades autónomas atendiendo a varios criterios de reparto, ya que son las comunidades las responsa-



bles de la sanidad en sus respectivos territorios (Centro de Relaciones Internacional en Salud [CRIS], Fiocruz 3/24).

Problemática es la insistencia por hablar de Atención Primaria en Salud, donde el concepto de salud sigue indeterminado, entendido *sensu strictu* por el médico como estado carente o liberado de enfermedad, interferido por *el sensu lato* de salud como un estado de bienestar en asuntos que no son del resorte de la medicina. Poco se avanza si no hay referencia directa a Atención Médica Primaria, que puede solucionar la gran mayoría de las consultas médicas de la población y, practicada como bien común, evitará la atención impersonal de minutos, la falta de resolución postergada por pedidos de exámenes, el uso indebido de polifarmacia y antibioticoterapia, pues la comuna tiene la capacidad de evaluar cómo se cumplen sus necesidades médicas.

La medicina como bien común trabajaría con un concepto pragmático de salud, reconociendo sus múltiples facetas, pero acentuando la injerencia médica en recuperar y conservar un estado de salud conceptualmente aceptable para el sentido común de las personas

La medicina como bien común trabajaría con un concepto pragmático de salud, reconociendo sus múltiples facetas, pero acentuando la injerencia médica en recuperar y conservar un estado de salud conceptualmente aceptable para el sentido común de las personas. En modo similar, la enfermedad deja de ser un ente ontológico susceptible de ser aplicado —diagnosticado— según la clasificación nosológica vigente. Además del diagnóstico orgánico, el médico atiende un menoscabo existencial cuando el paciente presenta una disfunción de sus relaciones, de su actividad y gestión en el mundo, y de la incapacidad de autoconciencia ponderada, es decir, la medicina ha de escuchar y atender el estado

de enfermedad que reduce los atributos antropológicos existenciales de relacionalidad, trascendencia mundana y trascendencia de sí, proponiendo terapias que repongan estos atributos a través de recuperaciones funcionales del cuerpo: “La característica distintiva de la medicina [...] es ser una destreza —*craftsmanship*— que implica curar al cuerpo con el cuerpo” (Pellegrino y Thomasma, 1981, p. 73). La medicina como bien común logra así evitar algunos vicios de la práctica médica actual: medicina desiderativa, meliorismo —*enhancement*—, medicalización activa propiciada por el sistema médico, y medicalización pasiva instigada por el sobreconsumo de consultas.

10. Conclusión

La propuesta del desarrollo de una medicina como bien común gana plausibilidad tras la experiencia sistemas médicos entregados a las leyes del mercado con las consiguientes brechas en acceso entre pudientes y precarizados, una evolución que ni el discurso de derechos humanos ni la bioética han sabido ralentizar o mitigar. Salud, enfermedad y medicina constituyen una tríada fuertemente afectada y distorsionada por las condiciones socioeconómicas que generan enormes desigualdades imposibles de modificar con reacciones antisistémicas que son conflictivas y utópicas.



Los seres humanos tienen en común su corporalidad dotada de atributos antropológicos existenciales que permiten la sobrevivencia y convivencia por el desarrollo de la relacionalidad interhumana, la necesidad de interactuar con el medio ambiente circundante y la evolución de una compleja red neuronal capaz de interrogarse a sí misma. El daño o desmedro del cuerpo, cualquiera sea su causa, reduce su capacidad de adaptarse existencialmente a su contexto y situación, y las disfuncionalidades del cuerpo solo pueden ser mitigadas o mejoradas por intervención médica que ha de estar accesible y disponible para toda persona, lo que convierte a la medicina en un bien común universal, cuya gestión es comunal.

Referencias

- Agamben, G. (2003). *Homo sacer*. PRE-TEXTOS.
- Almarzán, A. y Barcena, I. (2023). *Nuevos comunalismos*. NED Ediciones.
- Arendt, H. (2003). *La condición humana*. Paidós.
- Arras, J. y Fenton, E. (2009). Bioethics and Human Rights. Access to Health-Related Goods. *Hastings Center Report*, 39(5), 27-38. <https://doi.org/10.1353/hcr.0.0185>
- Beauchamp, T. (2007). History and Theory in "Applied Ethics". *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 17, 55-64. <https://doi.org/10.1353/ken.2007.0001>
- Beitz, C. (2003). What Human Rights Mean. *Daedalus*, 132(1), 36-46.
- Buber, M. (1954). *¿Qué es el hombre?* [Was ist der Mensch?] (3.ª ed.). Fondo de Cultura Económica.
- Camargo Rubio, R. (2022). Visión holística de la bioética en la pandemia COVID-19. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 22, S79-S92. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2021.03.003>
- Canguilhem, G. (2009). *Estudios de historia y de filosofía de las ciencias*. Amorrortu editores.
- D'Agostino, F. (2002). Bioética y derecho. *Acta Bioethica*, 8(2), 177-182. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2002000200002>
- Elliot, C. (2001). Pharma Buys a Conscience. *The American Prospect Online*, 12(17), 1-7. Recuperado el 07/04/2024. <https://prospect.org/>
- Espósito, R. (2011). *El dispositivo de la persona*. Amorrortu.
- Fabi, R. y Goldberg, D. (2021). Bioethics, (Funding) Priorities, and the Perpetuation of Injusticia. *American Journal of Bioethics*, 22(1), 6-13. <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1867934>
- Fassin, D. (2005). Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes. *Educacao*, 28(2), 201-226. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/faced/article/view/414>
- Ferrer Negrón, J. (2008). Identidad y estatuto epistemológico de la Bioética. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 8(2), 38-45.
- Ferrer, J. (2009). La bioética como quehacer filosófico. *Acta Bioethica*, 15(1), 35-41. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100004>



- Ferro, M., Molina Rodríguez, L. y Rodríguez, G. W. (2007). La bioética como proyecto antropológico. *Acta Odontológica Venezolana*, 45(2), 321-323.
- Fiscella, K. E. y Epstein, R. (2023). The Profound Implications of the Meaning for Health Care and Health Equity. *The Milbank Quarterly*. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12660>
- García-Rodríguez, J., Delgado Díaz, C. J. y Rodríguez-León, G. (2009). Bioética global. Una alternativa a la crisis de la humanidad. *Salud en Tavasol*, 15(2-3), 878-881. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48715008005>
- Gilmour, A. (2018). *The global backlash against human rights*. Office of the High Commissioner for Human Rights.
- Gracia, D. (2002). De la biética clínica a la bioética global: treinta años de evolución. *Acta Bioética*, 8(1), 27-39. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2002000100004>
- Hedgecoe, A. y Martin, P. (2003, 350). The Drugs Don't Work: Expectations and the Shaping of Pharmagenetics. *Social Studies of Science*, 31(3), 327-364. <https://doi.org/10.1177/03063127030333002>
- Jourdain, É. (2022). Le capital comme commun. *Esprit*, (486), 45-72. <https://doi.org/10.3917/espri.2206.0045>
- Jourdain, É. (2022). La démocratie es communes. *Esprit*, (486), 31-34. <https://doi.org/10.3917/espri.2206.0031>
- Konnoth, C. (2020). Medicalization and the New Civil Right. *Stanford Law Review*, 72, 1165- 1267.
- Kottow, M. (2024). *La medicina como bien común*. Editorial Universitaria.
- Maliandi, R. (2004). *Ética: conceptos y problemas*. Editorial Biblos.
- Mamot, M. (2015). *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World* (vol. 46). Bloomsbury.
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Herd, E. y Morrison, J. (2020). *Build back fairer. The Pandemic, Socioeconomic and Health Inequalities in England*. Institute of Health Equity.
- Mattei, U. (2013). *Bienes comunes*. Editorial Trotta.
- Mazo Álvarez, H. (2014). El bioderecho: La respuesta jurídica a los problemas que plantea la bioética. *Producción + Limpia*, 9(2), 74-87.
- O'Neill, O. (2002). *A question of trust*. Cambridge University Press.
- Pellegrino, E. y Thomasma, D. (1981). *A Philosophical Basis of Medical Practice*. Oxford University Press.
- Petersen, A. y Lupton, C. (2000). *The new public health*. SAGE Publications.
- Pette, A. (2014). Existential Anthropology: What Could it Be? An Interpretation of Heidegger. *Argument Biannual Philosophical Journal*, 4(2), 229-246.
- Porée, J. (2024). Homo imaginans. *Esprit*, (509), 47-53. <https://doi.org/10.3917/espri.2405.0047>
- Raz, J. (2010). Human Rights in the Emerging World Order. *Transnational Legal Theory*, 1, 31-47. <https://doi.org/10.1080/20414005.2010.11424500>
- Rocco, P. y Tuohy, B. (2022). A New Dawn of Bioethics: Advocacy and Social Justice. *The American Journal of Bioethics*, 22(1), 23-25. <https://doi.org/10.1080/15265161.2021.2001105>
- Romeo Casabona, C. (2017). El Bioderecho y la Bioética, un largo camino en común. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (03), 1-10. <https://doi.org/10.14422/rib.i03.y2017.009>
- Sandel, M. (2009). The Case Against Perfection: Ethics in the Age of Genetic Engineering. *Medicine Studies*, 1(2), 183-185. <https://doi.org/10.1007/s12376-009-0018-4>



- Schaeffer, J.-M. (2009). *El fin de la excepción humana*. Fondo de Cultura Económica de Argentina, S.A.
- Scher, S. y Kozłowska, K. (2013). The Clinician's Coixie and the Limits of Bioethics. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(1), 15-32. <https://doi.org/10.1375/anft.32.1.15>
- Shea, M. (2018). Human Nature and Moral Status in Bioethics. *Journal of Medicine and Philosophy*, 43, 115-131. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhx039>
- Solinis, G. (2015). *¿Por qué una Bioética Global?* Ediciones UNESCO.
- Tealdi, J. (2007). Bioética y Derechos Humanos. *Revista Brasileira de Bioética*, 3(3), 360-376.
- Tomar Romero, F. (2013). El lugar del hombre y la antropología en la bioética. *Cuadernos de Bioética*, XXIV(2).
- Valdés, E. (2015). Bioderecho, daño genético y derechos humanos de cuarta generación. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, (144), 1197-1228. <https://doi.org/10.22201/ijj.24484873e.2015.144.4964>
- Weil, W. (1986). *An anthology*. Grove Press.
- Wellmer, A. (2013). *Lineas de fuga de la modernidad*. Fondo de Cultura Económica.
- Wolf, S. (2021). What has COVID-19 Exposed in Bioethics? Four Myths. *Hastings Center Report*, 51(3), 3-4. <https://doi.org/10.1002/hast.1254>