

RLF^P

Revista
Latinoamericana de
Filosofía
Política

Centro de Investigaciones Filosóficas

ISSN 2250-8619 • Vol. XII • N° 6 • 2024 • Buenos Aires • Argentina

**EL DEBER DE INVESTIGAR EN EL DEBATE SOBRE LAS
OBLIGACIONES COSMOPOLITAS.**

ALAHÍ BIANCHINI

**EL DEBER DE INVESTIGAR EN EL DEBATE
SOBRE LAS OBLIGACIONES COSMOPOLITAS.
¿QUÉ LE DEBEN LOS UNOS, PAÍSES DESARROLLADOS,
A LOS OTROS, COMUNIDADES ANFITRIONAS
DE PAÍSES EN DESARROLLO, CUANDO HABLAMOS
DE INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL?**

ALAHÍ BIANCHINI

Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales

“Ambrosio L. Gioja” (Argentina)

Programa de Bioética, FLACSO (Argentina)

alahibianchini@gmail.com

RESUMEN

Existe una vasta literatura acerca de las obligaciones a nivel internacional de los principales patrocinadores de la investigación biomédica. En este artículo, intentaré extender el deber de investigar al ámbito internacional y definir qué implicaciones tendría este deber para los Estados que las financian. Específicamente, sostendré que el deber de investigar supone obligaciones temporarias (como las que se originaron a raíz de la pandemia por COVID-19) y no temporarias.

Palabras clave: Deber de investigar; enfermedades desatendidas; investigación biomédica internacional.

ABSTRACT

There is a vast literature on the international obligations of the main sponsors of biomedical research. In this article, I will try to extend the duty to investigate to the international level and define what implications this duty would have for the States that finance those researchers. In particular, I will maintain that the duty to

investigate involves temporary obligations (such as those that arose from the COVID-19 pandemic), not temporary ones.

Keywords: Duty to investigate, neglected diseases, international biomedical research.

Introducción

El deber o la obligación¹ de investigar de los países es reconocido por muchos documentos internacionales. Por ejemplo, el artículo 24 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos establece que los Estados deberían promover la cooperación científica y llegar a acuerdos bilaterales y multilaterales que permitan a los países en desarrollo crear las capacidades necesarias para participar en la creación y el intercambio de conocimiento científico. También, en la Observación general núm. 25 (2020), relativa a la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 15, párrafos 1 b), 2, 3 y 4, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se menciona que parte del deber de cumplir incluye que los Estados adopten la aprobación de políticas y normas que fomenten la investigación científica, la asignación de recursos apropiados en los presupuestos, entre otras medidas. Por último, en un documento publicado en 2020² por la Organización Panamericana de la Salud, se hace referencia al deber ético de realizar rápidamente una investigación rigurosa durante las emergencias de salud pública o los brotes.

1. Si bien en la literatura filosófica, el concepto de deber difiere del de obligación (Brandt, 1965), los tomaré como equivalentes a los fines de simplificar la argumentación.

2. Orientación ética sobre cuestiones planteadas por la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19), 16 de marzo del 2020, OPS. URL: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52142>>.

Aunque estos documentos de DDHH no serán utilizados como justificación filosófica de mi postura, los asumiré como una evidencia inicial de la existencia y legitimidad institucional del deber de investigar. Este punto de partida me permitirá avanzar en las precisiones de ese deber en el ámbito global sirviéndome de algunos aspectos de la teoría ideal y no ideal. Si bien existe una gran brecha entre la teoría ideal y cómo el mundo es, sostengo que la teoría ideal debe tener un lugar en la definición de los principios, aunque luego sean necesarios principios puente (Phillips, 1985) en el momento de su aplicación.

Pese a que en estos documentos se resalta la existencia de este deber (o de esta obligación como parte de otros deberes generales), en la literatura bioética no se suele abordar qué presupone ese deber de investigar en el ámbito global para la comunidad internacional. En particular, qué es lo que dicho deber implica para los países de altos ingresos respecto de los países de ingresos medios y bajos. ¿Deberían los países de altos ingresos hacer ensayos clínicos en países de ingresos medios y bajos sobre enfermedades que sólo ocurren en dichos países, mientras que en los países que alojan estos ensayos mueren personas por enfermedades no investigadas? Sostendré que es impermissible hacerlo. En este trabajo, circunscribiré mi foco de atención a las comunidades huéspedes de los países de ingresos medios y bajos.

La investigación en salud humana abarca muchos tipos de investigación. Según Levine (2008), la investigación clínica es la investigación que se realiza con seres humanos y que está diseñada para avanzar en los objetivos de la medicina (y otras profesiones sanitarias). A su vez, la investigación biomédica tiene el mismo objetivo que la investigación clínica pero su objeto de estudio es más amplio, en tanto incluye la investigación que no involucra a seres humanos como sujetos (tejidos, células, etc).

Por otro lado, la investigación en salud pública tiene dos aspectos que es necesario distinguir: la investigación en necesidades de salud y aquella que se realiza acerca de los sistemas de salud (Frenk et al, 1986). Es decir, en el primer caso el foco

está puesto en las condiciones de salud que requieren atención y en el segundo caso, en la manera en que se organiza la atención de la salud para dar una respuesta sanitaria a esas condiciones. Los autores defienden que la distinción entre tipos de investigación no radica en cuanto a diferentes objetivos sino sobre quienes se hace: en el caso de la investigación biomédica y clínica, la muestra es individual mientras que en el caso de la salud pública, la muestra es poblacional.

En este trabajo, señalaré que el deber de investigar se refiere a la investigación en necesidades de salud, tal como lo plantean Frenk et al. El motivo de este recorte tiene que ver con una sub-hipótesis que conforma mi hipótesis central, que consiste en sostener que, en un esquema ideal, el sistema de investigación y el sistema de salud deberían estar conectados y, más aún, el primero al servicio del segundo, lo que los autores llaman investigación para la salud. En este sentido, el rol fundamental de la investigación biomédica debería ser facilitar el acceso a la atención sanitaria básica a las poblaciones desatendidas (Ballantyne, 2010).

Este paper estará dividido en tres secciones: en la primera sección, argumentaré la existencia del deber de los países de altos ingresos respecto de los países de medianos y bajos basado en un enfoque cosmopolita moderado. Mi enfoque metodológico para esta postura será sostener una postura anti-relacional o trascendente. Sostendré una postura igualitarista, basada en la teoría de Nath (2015) y Young (2011). Asimismo, señalaré algunos problemas para afirmar una postura práctico-dependiente.

En la segunda sección, sostendré que las obligaciones serán de dos tipos: atemporales y temporarias. En primer lugar, en relación a las obligaciones atemporales, mi hipótesis será que los deberes de los países de altos ingresos no se limitan a un apoyo económico sino también a crear una red global de investigación, en la que se compartan los resultados de los ensayos de cada país y se fomente la cooperación y la coordinación en relación a la investigación clínica. Además, tam-

bién sostendré que el contenido de las investigaciones debe responder a los intereses y necesidades en salud de los países anfitriones. Mi argumento principal es que seguir investigando enfermedades propias de países de altos ingresos en países de ingresos medios y bajos profundiza la inequidad estructural en salud.

Por otro lado, en relación a las obligaciones temporarias, tendrán un contenido vinculado a las necesidades que tengan los países de ingresos bajos y medios de acuerdo con el estado de sus sistemas nacionales de investigación en salud en el contexto de la emergencia. De esta manera, expondré las debilidades de estos sistemas en los principales países de bajos y medianos ingresos.

Finalmente, responderé cuatro objeciones a la teoría de la justicia cosmopolita aplicada a la investigación. En primer lugar, la objeción de los incentivos negativos hacia el desarrollo de los países de ingresos medianos y bajos. En segundo lugar, responderé a un argumento que plantea Sangiovanni (2007) en relación a que la equidad es una demanda de justicia sólo al nivel doméstico y, específicamente, entre residentes. Luego, la objeción relativa a la implausibilidad de la teoría cosmopolita o, en otras palabras, el carácter utópico de esta teoría. Y, finalmente, la falta de provisión de obligaciones especiales por parte de la teoría cosmopolita.

Marcos teóricos cosmopolitas de la investigación internacional

Expondré a continuación un esbozo de las principales teorías cosmopolitas aplicadas a la ética de la investigación internacional para luego defender mi posición.

Bridget Pratt and Bebe Loff (2013, 2014) proponen un marco teórico, “investigación para la justicia sanitaria”, que aborda la relación entre la investigación clínica internacional y la justicia en la salud mundial. Se basan en el paradigma de

Jennifer Rudger acerca de las capacidades. La hipótesis principal de su modelo es que existe un deber universal, fundamentado en el concepto aristotélico de florecimiento humano, de reducir eficientemente las inequidades en salud. Esto supone no solamente servicios e intervenciones de salud básicas sino también estructuras institucionales y normas que faciliten su acceso (Pratt y Loff, 2014). Postulan tres aspectos de la investigación clínica internacional sobre los que incide este deber: el objetivo de la investigación, el fortalecimiento de la capacidad de investigación y los beneficios post-investigación.

Aunque estoy de acuerdo con la premisa general acerca de que la justicia requiere que los actores globales (específicamente en mi caso, los Estados), asistan a otros agentes a reducir inequidades en salud, mi postura no tendrá como fundamentación el florecimiento humano puesto que esta teoría no demuestra por qué el derecho a la salud debe ser garantizado especialmente. Por otro lado, los autores señalan que “la investigación clínica internacional debe organizarse para contribuir a que las poblaciones más desfavorecidas puedan acceder a sus derechos sanitarios mínimos” (Pratt y Loff, 2014) pero esto supone contar con un criterio acerca de en qué consiste un estado de salud mínimo. Además, sostengo que, en vistas a fortalecer el acceso sanitario en general, es necesario focalizarse en la investigación en salud pública, además de la investigación clínica, para llenar realmente las lagunas relativas a las respuestas de las comunidades huéspedes más desfavorecidas por las enfermedades locales, que es el objetivo del modelo defendido por los autores.

Por otro lado, London (2021), a través de su enfoque del desarrollo humano, propone que la fundamentación de las obligaciones en el marco internacional de la investigación se enmarcan en el deber de ayudar.

Los enfoques de estos autores tienen un rasgo en común y es que presentan estos deberes como deberes positivos. Es decir, en un caso se trata del deber de posibilitar el florecimiento humano, en otro caso del deber de ayudar para facilitar el desarrollo humano pero en ambos el enfoque es positivo. En

cambio, en el caso de Pogge (2008, 2014), el deber es un deber de reparación o negativo. La distinción entre estos dos tipos de deberes radica en lo que consideremos mínimamente moralmente obligatorio y, por lo tanto, supererogatorio. Teniendo en cuenta la historia de la ética de la investigación (específicamente, el doble estándar en los requisitos para evaluar la permisibilidad ética de la investigación clínica realizada en países desarrollados y en países en desarrollo) y las inequidades en salud, que hacen que el cumplimiento del derecho a la salud por parte de los principales agentes de países desarrollados no sea simplemente un extra, un deber de beneficencia, sino el restablecimiento respecto de un déficit, un deber de no maleficencia, acordaré con el marco general de Pogge. Sin embargo, aunque el deber de reparación es una fundamentación posible, no da razones suficientes por las que los países de ingresos altos deban financiar investigaciones de enfermedades de todos los países de ingresos medianos y bajos sino sólo de aquellos en los cuales se investigó especialmente, por eso es que fundamentaré mi posición a través del enfoque que propone Rebecca Nath (2015).

Con una teoría cosmopolita *prima facie* o moderada como marco, establezco las obligaciones atemporales y temporarias, creadas por la pandemia de COVID-19, de los países de ingresos altos y medios hacia las comunidades de los países de bajos ingresos.

¿Qué le deben los países de ingresos altos a los de medianos y bajos ingresos en la ética de la investigación? Obligaciones atemporales de los países de ingresos altos hacia los de medianos y bajos ingresos en la ética de la investigación

Actualmente, existen grandes inequidades de salud de manera global. Como señala Brock (2022), la salud a la que tiene acceso una persona que vive en Nigeria no es la misma que

la que tiene una persona que vive en Japón. Bajo una postura estándar igualitarista de la suerte, estas inequidades son injustas.

¿Cómo contribuye la investigación en salud humana en acrecentar o disminuir esas inequidades? En la literatura, se repite el dato de que aproximadamente el 90% de los recursos de investigación de la industria farmacéutica está destinado a buscar tratamiento para un 10% de las enfermedades (Global Forum Health Research, 2004; Luchetti, 2014; Brock, 2022).

Tal como señalan Pratt y Loff (2014), las prestaciones sanitarias mínimas incluyen no sólo las intervenciones y servicios sanitarios básicos, sino también las estructuras y normas institucionales que facilitan el acceso a los mismos. Es decir, el derecho a la salud no sólo supone el acceso a la atención sanitaria sino también la continua mejora del sistema. En este trabajo, sostendré que, en la medida en que la justificación del deber de investigar en el campo internacional, es el derecho a la salud, entonces me referiré a que el objeto del deber de investigar es la investigación en salud pública, por sobre la investigación clínica y la investigación biomédica.

En mi enfoque, planteo que el deber de investigar las enfermedades de los países de ingresos bajos y medios se corresponde con un adecuado cumplimiento del derecho a la salud. Pero en relación a la fundamentación de por qué los países desarrollados deben investigar enfermedades que conciernen a los países de medianos y bajos ingresos me interesa concentrarme en el concepto de responsabilidad a través de las fronteras, tal como lo define Iris Marion Young (2011), cuyo enfoque sostiene que todos los agentes que contribuyen con los procesos estructurales que producen injusticia tienen el deber de remediarla. En sus palabras, “La responsabilidad de un agente en materia de justicia no se limita a los que están cerca o a los que se encuentran en el mismo Estado-nación que uno, si uno participa en procesos estructurales sociales que lo conectan con otros que están lejos y fuera de esas jurisdiccio-

nes” (Marion Young, 2011). Tal es el caso de la investigación internacional en salud humana. Y, como señala la autora, esas conexiones implican obligaciones de justicia.

A su vez, Marion Young plantea una distinción conceptual entre asignar deber y asignar responsabilidad: mientras que el deber indica un curso de acción específico, la responsabilidad es abierta. Quienes contribuyen a la injusticia estructural, y todos lo hacemos de una manera u otra, tienen la responsabilidad de repararla pero no de la misma manera. Son los mismos sujetos responsables que deben indicar el contenido del deber, de acuerdo a sus posibilidades, sus circunstancias contextuales y materiales. Tomaré esta idea para aplicarla a los Estados de acuerdo a su nivel de ingresos. Aunque los Estados de ingresos bajos y medios también son responsables de cumplir con el deber de investigar las enfermedades que afectan a esas naciones, son éstos quienes deben determinar cuál es su curso de acción en torno a sus posibilidades.

En esta sección, intentaré definir qué es lo que considero justo en la investigación sanitaria internacional. Se llama de esta manera a los ensayos clínicos que se realizan en los países en vías de desarrollo pero que son patrocinados por instituciones extranjeras, por lo general de países de altos ingresos.

Como señalan Homedes y Ugalde (2014), hay una larga historia en relación a la inequidad en la ética de la investigación internacional por parte de los países desarrollados hacia los países en desarrollo, en la que se utilizaron y aprovecharon las condiciones de inequidad existentes para investigar enfermedades predominantes en otros lugares. Existe una objeción recurrente que dicta que los países de altos ingresos no deberían encargarse de las enfermedades de los países de los bajos y medianos ingresos en tanto deben atender las de sus propios ciudadanos. Responderé también a esta objeción. Aunque es pertinente, considero que en la medida en que esa misma investigación podría hacerse en los países de los patrocinadores, es inaceptable moralmente que se exponga a riesgos actuales a sujetos de investigación para beneficios que no son tales. En

ese sentido, el balance riesgo/beneficio de estas investigaciones³ es negativo.

Mi hipótesis principal es que la obligación respecto de la investigación no está sólo relacionada con los beneficios que se les puedan dar a las comunidades huéspedes sino con las enfermedades que se investigan (Hollis y Pogge 2008; Homedes y Ugalde 2016). Si bien este tema puede solaparse con el debate de la distribución justa de beneficios derivados de los ensayos clínicos internacionales (Holzer, 2020), el punto sobre el que quiero poner énfasis concierne precisamente al momento de la investigación, no al momento posterior a la investigación clínica. Sostengo que los países de altos ingresos deberían estudiar enfermedades que afecten a los países de medianos y bajos ingresos en base al deber de rectificación o reparación. Este deber aparece en la literatura, especialmente desarrollado en el modelo cosmopolita de Pogge (2008). Si bien este enfoque pertenece al marco general que adoptaré (el igualitarismo), considero que la postura de Pogge tiene algunos problemas insalvables, por lo que adoptaré el esquema cosmopolita igualitarista pero agregando las obligaciones atemporales y las obligaciones temporarias.

El principal problema de fundamentar las distintas obligaciones asentadas en el derecho a la salud será que no es un criterio adecuado para ordenar prioridades en el plano global. A nivel nacional, podría ser una fundamentación justificada. Sin embargo, a nivel internacional o global no parece que el concepto de derecho humano sea suficiente para poder justificar la transferencia de bienes o de colaboración entre países. El problema principal es que es demasiado amplio y abarcativo como para poder actuar como justificación y, al salirse del marco estatal, pierde su fuerza normativa. Aunque el deber

3. La proporción favorable riesgo/beneficio es uno de los requisitos éticos para llevar adelante una investigación con seres humanos, tal como sostiene Emanuel (2003).

de investigar puede fundamentarse en el derecho a la salud y el derecho a la ciencia (Bianchini, 2021) dentro del marco estatal, cuando salimos del plano doméstico o nacional es necesario recurrir a otras estructuras conceptuales.

Por lo tanto, desarrollaré el enfoque igualitarista de Nath (2015) como justificación del deber de investigar en el debate sobre las obligaciones cosmopolitas. En *“On the scope and grounds of social inequality”*, se pregunta si existe una razón válida claramente igualitaria para cuestionar las relaciones desiguales globales, incluso en los casos en los que los individuos perjudicados por esas relaciones no viven en condiciones de grave privación. Es decir, la pregunta no es acerca de la carencia sino específicamente respecto de la justicia (o injusticia) de la desigualdad. No sólo aborda esta pregunta sino que se concentra en otro aspecto fundamental para el debate sobre la justicia global: ¿de qué manera cambia la justificación, y en base a qué, cuando dejamos de hablar de la desigualdad entre ciudadanos y nos referimos a las relaciones desiguales entre Estados?

Según Nath, las desigualdades (entre personas) que son injustas son aquellas que expresan una inferioridad. En el marco provisto por su enfoque, el valor de las relaciones igualitarias desempeña un papel constitutivo (y no único), junto con otros valores, a la hora de justificar los términos que regulan la interacción entre y dentro de las sociedades. Según la autora, las demandas de igualdad social surgen entre individuos que se imponen unos a otros términos que pueden dar forma al carácter de sus relaciones. La distinción entre el plano global y el plano doméstico está dada, en su caso, por la necesidad con que estas relaciones surgen.

Aunque no compartiré su fundamentación relacional, sí adoptaré su criterio en torno a que desigualdades resultan injustas. También, compartiré su defensa acerca de no es posible sostener consistentemente la igualdad social dentro de los Estados y no hacerlo por fuera de éstos.

Pero la primera pregunta que es necesario responder es igualdad acerca de qué. En este caso, me interesa indagar la igualdad en torno a dos aspectos relacionados con la investigación en salud humana: el respeto de derechos de los sujetos de investigación en un país y en otro. En otras palabras, la inexistencia del doble estándar y la disponibilidad de medicamentos accesibles en los países en desarrollados.

Ahora bien, aún si alguien me concediera la obligación igualitarista cosmopolita de reducir la inequidad sanitaria, igualmente se podría argumentar que este tipo de justificación es demasiado amplia y que se podría cumplir con esta obligación general sin la obligación específica de investigar. Es decir, se podría reducir la inequidad sanitaria de otras maneras. Por ejemplo, trabajando sobre los determinantes sociales que inciden en la inequidad (Bambra, 2021).

Sin embargo, existe una razón conceptual que creo que apoya la idea de que la investigación es una buena manera de cumplir con el deber general cosmopolita. Y esa razón es que no solamente el objetivo de la investigación es crear tratamientos para nuevas enfermedades sino también encontrar nuevas maneras de exportar terapias a otros contextos distintos en los que usualmente se trata una enfermedad (Flory y Kitcher, 2004).

Como señala un informe acerca del Health Impact Fund (2008), los principales problemas del sistema sanitario son el elevado precio de los medicamentos existentes y la falta de medicamentos que aborden algunas de las mayores fuentes de mortalidad y morbilidad que afectan a los países pobres. Es posible resolver ese problema con una mayor investigación acerca de las enfermedades que afectan a los países de menores ingresos. Justamente el mecanismo por el cual funciona el Health Impact Fund proporciona una solución al problema de los incentivos para realizar investigaciones que no necesariamente generaran una rentabilidad para quien lo financie. El Health Impact Fund o Fondo de Impacto Sanitario “asigna, cada año, un fondo fijo de presupuesto. Luego, se invita a

registrar nuevos productos farmacéuticos para participar en diez desembolsos anuales consecutivos, cada uno de los cuales se dividiría entre los productos registrados en función de las mejoras sanitarias que se hayan conseguido el año anterior. A cambio, el innovador se comprometería a vender su producto registrado a un precio igual o inferior al coste de fabricación y a conceder licencias gratuitas para la producción de genéricos una vez finalizado el periodo de recompensa. Los años de vida ajustados en función de la calidad (AVAC), ampliamente utilizados y perfeccionados en las últimas décadas, podrían utilizarse como métrica común para comparar y agregar los beneficios para la salud de diversas enfermedades, productos farmacéuticos, grupos demográficos, estilos de vida y culturas. Para tranquilizar a los financiadores o innovadores, podría estipularse una recompensa máxima o mínima por AVAC” (Holzer y Pogge, 2020).

Así, deber de investigar en el marco de la investigación internacional actuaría como una obligación especial, una aplicación de la obligación cosmopolita de reducir la inequidad sanitaria. Al respecto, considero que las obligaciones derivadas son tres: La investigación de las enfermedades ignoradas, que inciden en la brecha de la población del país en el que se realiza el ensayo, el registro global de ensayos clínicos (y publicación de todos los resultados, tanto positivos como negativos) para evitar sesgo de publicación y sesgo de confirmación y, finalmente, la creación de un sistema de indicadores para la evaluación de los sistemas de ética de la investigación (OPS, 2021).

El rol del contexto (y específicamente del contexto de emergencia de salud pública) dentro de la argumentación de la justicia global

Una primera pregunta necesaria previa al abordaje de este tema es qué hace que la pandemia por COVID-19 haya sido

una excepción a la normalidad, en relación a la investigación biomédica. Esta pregunta es relevante porque muchas de las desigualdades sanitarias mundiales han sido causadas por otras enfermedades, como la tuberculosis y la malaria, previamente al 2020. Aunque es cierto que las inequidades ya existían antes de la pandemia, no lo es menos que el COVID-19 profundizó inequidades en las distintas sociedades y acentuó no sólo las desigualdades sanitarias sino también las desigualdades económicas (Vazquez Vera et al, 2023). Acaso, la masividad y el nivel de impacto de este virus es lo que constituye aquello que lo distingue de otras enfermedades. El impacto del COVID-19 fue tan alto, y el alcance del nivel de transmisión tan amplio, que incluso también interfirió con otras enfermedades. Por ejemplo, según el informe mundial sobre la tuberculosis de 2022 publicado por la Organización Mundial de la Salud, durante la pandemia por COVID-19 aumentó la morbilidad por tuberculosis. La razón de esto es que hubo interrupciones en los servicios de lucha contra la tuberculosis en 2021 y afectó especialmente a las actividades encaminadas a controlar la enfermedad. La exposición al contagio y la precariedad laboral estuvieron sumamente relacionadas durante este período porque las personas que necesitaban salir de su casa para trabajar estaban más expuestas que aquellas que no (Abal, 2023; Rios Velada, 2021).

Otro aspecto que distinguió al COVID-19 de una situación de normalidad fue que, para las comunidades más perjudicadas, esta pandemia fue un ejemplo de sindemia. Según Bambra, Riordan et al (2020), “existe una sindemia cuando los factores de riesgo o comorbilidades están entrelazados, son interactivos y acumulativos, agravando la carga de la enfermedad y aumentando sus efectos negativos”. En otras palabras, es la interacción que se produce entre el COVID-19, las enfermedades no transmisibles y los determinantes sociales de la salud.

¿Cómo se relaciona esto con el deber de investigar? Como señala Abal, “El principal objetivo de un plan de vacunación

durante una pandemia debería ser evitar el mayor número posible de muertes y no resolver problemas de justicia social preexistentes”. Esta idea podría ser aplicada no solamente al plan de vacunación sino también a otras medidas o políticas públicas. Aunque creo que es un buen punto, también sostengo que, además de evitar el mayor número posible de muertes, las medidas sanitarias tomadas durante una emergencia de salud pública deben tener como requisito evitar profundizar los problemas de justicia social preexistentes y esta es una consideración a tener *al mismo tiempo* que se intenta salvar el mayor número de muertes posibles .

Otras dos preguntas que son relevantes en relación a este punto son las siguientes: ¿Qué distingue a una emergencia sanitaria como caso peculiar, en relación a la investigación? ¿En qué se diferencia de otras pandemias?

En relación a qué distingue a una emergencia sanitaria como caso particular en relación a la investigación biomédica, la respuesta es que depende de las características de la emergencia. Sin embargo, de modo general se puede decir que en situaciones de desastre las personas que ya eran vulnerables acrecientan su vulnerabilidad al verse, por ejemplo, infectadas. En este sentido, aunque las medidas de salud pública que se toman no tienen por objetivo resolver las injusticias previas (Abal, 2023), sí deben tener la inequidad como uno de los elementos a evaluar, si es que la inequidad previa más la emergencia acentúa el problema de vulnerabilidad.

London y Kimmelman (2020) defienden que lo que debería distinguir a una emergencia sanitaria respecto de la situación normal en relación a la investigación es la mayor rapidez con la cual se realizan los protocolos. Por ejemplo, algunas de las diferencias podrían ser el uso de medios electrónicos para las presentaciones y comunicaciones entre miembros, investigadores autoridades u otras partes interesadas en la investigación o acortar los plazos para el proceso de revisión de protocolos y para adoptar decisiones (Palmero et al, 2021). Esto de ninguna manera implicaría una baja o una excepción en los

altos estándares de calidad ética y científica de las investigaciones.

No hubo demasiadas diferencias en relación a la pandemia de COVID-19 y otras pandemias pero porque también en otras pandemias hubo desigualdades en relación a las tasas de morbilidad y mortalidad. Por ejemplo, en la pandemia de gripe española de 1918 hubo significativas desigualdades en la manera en la que afectó a países de ingresos altos y países de ingresos bajos y medios. Uno de los ejemplos que destacan los autores es India, que tuvo una tasa de mortalidad 40 veces superior a la de Dinamarca. A su vez, la tasa de mortalidad era 20 veces superior en algunos países sudamericanos que en Europa (Bambra, Riordan, Ford et al, 2020).

Pero queda pendiente la respuesta a la pregunta de cómo influye el contexto a la hora de establecer las obligaciones en materia de justicia global. Madison Powers y Ruth Faden (2006) sostienen que “la justificación de cualquiera de las principales propuestas para la distribución de recursos estará en función de su contexto y la naturaleza y el grado de las inequidades en los determinantes de la salud, así como en la sociedad en general⁴” (Powers y Faden, 2006:XI). Más allá de que las consideraciones sociales son fundamentales para entender cómo dotar de contenido a un determinado principio, sostengo que los principios en sí mismos no pueden estar determinados por el contexto.

Aunque en la investigación biomédica internacional el contexto tiene una relevancia fundamental, esta importancia no

4. “We argue that the justification of any of the major approaches to resource allocation will be a function of its context and the nature and extent of inequalities in the determinants of health as well as in society generally. Markets, for example, might be defended if supplemented and regulated so as to eliminate predictable unfair inequalities, although no such reforms will eliminate all elements of unfairness. Rationing of care using formal methods of economic comparison like QALYs can be morally acceptable as well, but only under particular social and economic arrangements.”

aparece en la fijación de los principios sino en aplicar correctamente los principios que fueron fijados con independencia de la experiencia. Es decir, alguien podría argumentar que aquello que es justo o aquello que es bueno no se puede saber de antemano o a priori sino que es en la práctica, con las instituciones y los individuos específicos en los que se va a aplicar, que se puede llegar a definir qué es lo justo *para esa población específicamente*. Un enfoque de este tipo negaría la posibilidad de justicia universal. O, al menos, postularía, como Dworkin (1993) sugiere que no es posible aplicar los principios de justicia de afuera hacia adentro sino de adentro hacia afuera.

¿Qué agrega la situación sanitaria de emergencia o pandémica al debate? Obligaciones temporarias (para el cumplimiento de las obligaciones fundamentales)

La fundamentación del deber de investigación por parte de los países de ingresos altos puede pensarse como un problema filosófico distinto del de la distribución de las cargas en situaciones de pandemia o emergencia global.

Sin embargo, en este trabajo presupongo que existe una conexión entre ambos. Esta conexión se da en dos planos: en el plano empírico y en el plano conceptual. En el plano empírico, porque de hecho la inequidad se acentuó en la pandemia por las características del virus. La pandemia por COVID-19 acentuó la brecha existente y profundizó las inequidades en salud. Esto sucedió por dos motivos: Por un lado, poblaciones con bajos recursos no tuvieron los elementos necesarios para poder protegerse del virus en las primeras etapas de la pandemia (WHO, 2020) como también en el acceso a las vacunas luego (Ye et al, 2022). Según Ye et al (2022), más del 70% de los habitantes de los países de altos ingresos están totalmente vacunados contra el COVID-19 mientras que en los países de ingresos bajos esa cifra es del 4%. En el plano conceptual, la conexión se da en tanto las obligaciones temporarias sólo

surgen para responder las obligaciones que definí como atemporales.

Se podrían plantear tres objeciones a la postura que sostengo. En primer lugar, el argumento de bajar los estándares. Esta objeción posible consistiría en cuestionar si siempre los países ricos deberían promover y cooperar con los países pobres. Suponiendo que estos segundos por ejemplo, sean pobres o de bajos ingresos por falta de cultura política o por decisión cultural. ¿Siempre funcionan esos deberes? ¿Esto no generaría incentivos para que los países de ingresos medios o bajos nunca inviertan en investigación dado que se benefician de lo que deben hacer los países de ingresos altos? En este sentido alguien podría también preguntar por qué el foco debería en promover la investigación y no en combatir la pobreza o sacar a los países de ingresos bajos de su situación de, justamente, ingresos bajos.

En primer lugar, el tema de los incentivos negativos, o la carrera por bajar los estándares, es un tópico abordado en la literatura reiteradas veces. Una posible respuesta es que los beneficios sanitarios de contar con una buena estructura de un sistema de investigación propio no son equivalentes a los que pueden provenir de la cooperación que puede hacer un país rico hacia un país pobre. Esto se comprobó especialmente durante la pandemia por COVID-19, dado que los países que contaban con un sólido sistema de investigación previo pudieron desarrollar vacunas de una manera mucho más eficaz que aquellos que no.

Por otro lado, los cambios radicales implican mayores decisiones, presupuesto, coordinación y agentes que los cambios parciales, por lo que es más factible una solución parcial o no ideal en el sentido de transición, como lo caracteriza Valentini (2011) que la exigencia de un cambio estructural.

En segundo lugar, otra objeción posible es la de la inexistencia de justicia en el ámbito global. En *Global Justice, Reciprocity and State*, Sangiovanni sostiene que la equidad es un requerimiento de la justicia exclusivamente entre residentes.

Justifica esta afirmación al sostener que la justicia es un requerimiento de equidad en tanto reciprocidad por la mutua provisión de bienes colectivos, que son aquellos necesarios para desarrollar un plan de vida. En otra versión de este argumento, Nath (2015) agrega que las relaciones de equidad entre conciudadanos se darían a partir de las inevitables relaciones de interdependencia que se construyen al compartir acuerdos comunes. Por el contrario, las relaciones de interdependencia entre extranjeros no parecen tan inevitables. De acuerdo a esta objeción, los acuerdos transnacionales se darían por elección, mientras que los que se producen dentro de un mismo Estado, no lo serían.

Dado que los Estados (excepto en los casos de Estados ocupados o fallidos) proporcionan estos bienes en lugar del orden global, tenemos obligaciones especiales de justicia igualitaria de justicia igualitaria para con los conciudadanos y residentes, que juntos sostienen el Estado, que no tenemos con respecto a los no ciudadanos y no residentes.

La respuesta que daré a estas dos posibles objeciones es que, si bien es cierto que no existe un Estado global, pocos cosmopolitas creerían que esto es necesario para que pueda existir la justicia en el ámbito global, porque esto supondría pensar al cosmopolitismo desde el paradigma conceptual estatista. Es decir, que la justicia sólo es posible en un marco institucional establecido. El argumento de la falta de justicia global por la falta de un Estado mundial es una idea acerca de su implementación pero no ataca la idea central de la mayoría de las teorías cosmopolitas. La objeción respecto de la falta de un Estado global institucionaliza un argumento que es moral. En palabras de Iris Marion Young (2011), la conexión social es anterior a las instituciones políticas.

Por otra parte, la obligación de garantizar la igualdad no surge a raíz del acuerdo, algo meramente contingente, sino que, por el contrario, el acuerdo o tratado sólo protege institucionalmente el cumplimiento de esa obligación que existía previamente.

Finalmente, incluso concediéndole a Sangiovanni que debería haber una prioridad de los conciudadanos respecto de los extranjeros en la medida en que hay una provisión de bienes materiales compartida, que no necesariamente se da en el plano global, es interesante rescatar la respuesta de Nath (2015), que rechaza la premisa de que los beneficios sociales y económicos que perciben los miembros de una sociedad no dependen de la cooperación de los extranjeros. Su argumento consiste en señalar que el disfrute de las posesiones materiales de una determinada sociedad es posible en parte gracias al cumplimiento por parte de otra lindante del acuerdo que define y mantiene sus derechos de propiedad, por poner un ejemplo.

En este trabajo, asumo un cosmopolitismo moderado y es por eso que concedo que existe una relativa prioridad de los conciudadanos en relación a los extranjeros pero, en la medida en que me refiero a las obligaciones de los países de altos ingresos y no de los de medios ingresos, esto sigue siendo compatible con mi postura. La justificación de que sea un cosmopolitismo moderado y no un cosmopolitismo estricto recae en el objeto del deber, que es la investigación científica. Aunque el deber igualitarista general concierne a muchos temas, y la igualdad tiene muchas caras, el carácter es siempre *prima facie* en cuanto se refiere a la investigación en salud humana, que no es un tema menor ni inferior a la atención en salud pública pero sí en determinados casos su aplicación en el ámbito práctico puede variar según el contexto temporal. Es necesario, por lo tanto, distinguir la aplicación del deber de su obligatoriedad. La obligación no cede pero su aplicación puede variar.

Otra objeción posible podría ser el argumento de la implausibilidad. Usualmente, una objeción que se hace a las teorías cosmopolitas es su ambición. El argumento consistiría en sostener que vivimos en un mundo no ideal y, por lo tanto, la teoría ideal no tiene relevancia en la medida en que el mundo no se comporta de la manera en la que el deber dicta. Además,

algunos autores agregan que no es necesario contar con una teoría ideal para darnos cuenta que, por ejemplo, la pobreza extrema es una falla moral (Sen, 2006 recuperado en Rivera López, 2013).

Es innegable que vivimos en un mundo no ideal (Rivera López, 2013). Sin embargo, esto no es suficiente para dictaminar la ilegitimidad de la teoría ideal. Esta afirmación presupone definir qué relación deberían tener las teorías con la realidad. Como señalé, si las teorías de la justicia amoldan su contenido al mundo no ideal entonces el resultado será totalmente conservador. Aún sosteniendo esto, pensar que la teoría puede transformar la realidad sin más es una visión indiscutidamente utópica. Es por esto que definiendo una versión moderada del cosmopolitismo, en la que la introducción del mundo no ideal no suponga un manera de sostener el statu-quo sino de plantear teorías de la justicia que sean realistas y posibles de implementar en sociedades concretas. Específicamente aplicado al tema de las investigaciones con seres humanos patrocinadas por países de altos ingresos en países de ingresos medios y bajos, esta objeción tendría la siguiente forma: Es implausible que los países de altos ingresos investiguen temas de salud que afecten a los países de medianos y bajos ingresos en tanto los ciudadanos tienen prioridad ante los no ciudadanos.

Acepto este punto parcialmente, por esto sostengo que el deber en este ámbito es *prima facie*, pero de todas maneras este argumento no soluciona la impermisibilidad moral de no respetar uno de los requisitos para que la investigación con seres humanos sea ética, que es la proporción favorable riesgo/beneficio. Esta proporción suele ser un aspecto necesariamente complejo en las investigaciones, puesto que los riesgos siempre son actuales y los beneficios, necesariamente, potenciales. Aún así, lo que planteo como respuesta a esta objeción es la distinción, por un lado, entre la complejidad del cálculo de esta proporción y, por el otro, la certeza de que los beneficios, aún potenciales, no podrán ser utilizados por quienes se expusieron a los riesgos.

Por otra parte, respondiendo a la segunda versión, cuando evaluamos la incorrección moral de la pobreza extrema lo hacemos teniendo en mente un determinado criterio de justicia. De todas maneras, aún si se concediera este punto, siguen quedando aspectos complejos de la realidad que requieren definir claramente un estándar de corrección moral en la teoría ideal.

Finalmente, concedo que Rivera López (2013) y Phillips (1985) están en lo cierto cuando señala que las consecuencias de aplicar la teoría idea directamente en el mundo real pueden ser catastróficas y que, por lo tanto, es necesario aplicar principios puentes que conecten la realidad ideal con la no ideal. Sin embargo, este punto se refiere a la implementación, no a la elección de los principios a utilizar. Así, siguiendo a List y Valentini (2016), “en lugar de rechazar idealizaciones como problemáticas desde el principio, debemos preguntarnos si una teoría contiene las idealizaciones “correctas”, dado su propósito (Robeyns 2008; Valentini 2009).”

Algunos enfoques de teoría no ideal confunden el ámbito de justificación con el ámbito de aplicación y, en este trabajo, intenté diferenciarlos. Es decir, tener en cuenta las dificultades de aplicación llevaría a hacer una diferencia a la hora de implementar la teoría pero no al momento de plantear su justificación.

Conclusión

En este trabajo, sostuve que existen dos tipos de obligaciones de los países de altos ingresos hacia los países de medianos y bajos ingresos. Esas obligaciones son, en el caso de las relativas a la pandemia por COVID-19, temporarias. Pero el cumplimiento de las obligaciones temporarias, surgidas eventualmente por el contexto de escasez a raíz de la pandemia, tiene su base fundamental en otro tipo de obligaciones que son atemporales. Estos dos tipos de obligaciones se asientan

en un enfoque cosmopolitista moderado, no relacional e igualitarista.

Finalmente, quisiera concluir que la investigación internacional y las relaciones entre países de altos ingresos con países de ingresos medios y bajos en relación a la investigación clínica y en salud humana es un hecho y, día a día, millones de dólares se invierten en financiarla. Complimentar aquello que es justo en torno a la cooperación internacional en este ámbito, más allá del enfoque de los beneficios justos, es una tarea pendiente.

REFERENCIAS

- Abal, Federico German. 2023. *From extreme poverty to vulnerability in COVID-19 vaccine priority*. *Developing World Bioethics*, 23:201-202, <<https://doi.org/10.1111/dewb.12397>>.
- Abizadeh, Arash. 2007. *Cooperation, Pervasive Impact and Coercion*. *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 35, pp. 318-358.
- Autor desconocido. 2004. *Global forum for health research: 10/90 report*. *WHO drug information* 2004; 18(3): 243, <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/73064>>.
- Ballantyne, Angela. 2010. *How to do research fairly in an unjust world*. *Am J Bioeth.* Jun;10(6):26-35. <doi: 10.1080/15265161.2010.482629. PMID: 20526966>.
- Bambra, Clare. 2021. *Levelling up: Global examples of reducing health inequalities*. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2022;50(7):908-913. <doi:10.1177/14034948211022428>.
- Blake, Michael. 2001. “Distributive Justice, State Coercion and Autonomy”, *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 30, pp. 257-296.
- Brandt, Richard. 1964. *The concepts of obligation and duty*. *Mind*, vol. 73 no. 291, pp. 374-393.
- Buchanan, David; Miller, Franklin. 2006. *A public health perspective on research ethics*. *J Med Ethics* 2006;32:729-3.

- Cohen, Gerald. 2003. "Facts and Principles", *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 31, N° 3.
- Doyal, Lesley. 2004. *Gender and the 10/90 gap in health research*. Bulletin of the World Health Organization, 82 (3), 162. World Health Organization. <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/269085>>.
- Dworkin, Ronald. 2011. *Justice for Hedgehogs*. Cambridge (Mass.): HUP. Versión castellana Justicia para erizos, Buenos Aires: FCE, caps. 7 y 8.
- Frenk, Julio; Bobadilla, José Luis.; Sepúlveda, Jaime; Rosenthal, Jorge; Ruelas, Enrique. 1985. *Un modelo conceptual para la investigación en salud pública*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. URL: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/16866>>.
- Hellsten, Sirkku. 2011. *Health and Health Care*. In: Chatterjee D.K. (eds). *Encyclopedia of Global Justice*. Springer, Dordrecht. <https://doi.org/10.1007/978-1-4020-9160-5_289>.
- Holzer, Felicitas Sofia. 2020. "Treating host communities fairly in international health research". Electronic Thesis or Diss., Sorbonne université. <<http://www.theses.fr/2020SORUL015>>.
- Holzer, Felicitas.; Pogge, Thomas. 2020. "The Health Impact Fund: Learning from COVID-19". In *COVID-19 in the Global South*. Bristol, UK: Bristol University Press. <<https://doi.org/10.51952/9781529215892.ch016>>.
- Holzer, Felicitas; Luna, Florencia; Manriquez Roa, Tania; Biller-Andorno, Nikola. 2021. *A matter of priority: equitable access to COVID-19 vaccines*. *Swiss Medical Weekly*, 151:w20488. DOI: <<https://doi.org/10.4414/smw.2021.20488>>.
- Park, Jay; Mogg, Robin; Smith, Gerald; Nakimuli-Mpungu, Etheldreda; Jehan, Fyezah; Rayner, Craig; Condo, Jeanine; Decloedt, Eric H; Nachega, Jean B; Reis, Gilmar; Mills, Edward. 2021. *How COVID-19 has fundamentally changed clinical research in global health*. *The Lancet Global Health*, Volume 9, Issue 5, <[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30542-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30542-8)>.

- London, Alex. 2021. *For the Common Good: Philosophical Foundations of Research Ethics*. Oxford University Press.
- Luchetti, Marco. 2014. “Global Health and the 10/90 Gap.” *British Journal of Medical Practitioners*. 7(4):731-732.
- Luna, Florencia; Holzer, Felicitas. 2021. Cooperação internacional num mundo não ideal: o exemplo do COVAX. *Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário*, 10(3), 199–210. <<https://doi.org/10.17566/ciads.v10i3.789>>.
- Marion Young, Iris. 2011. *Responsibility for justice*. Oxford University Press.
- Nath, Rekha. 2015. *On the Scope and Grounds of Social equality*. In Fabian Schuppert and Ivo Wallimann-Helmer Edited by Carina Fourie (ed.), *Social Equality: Essays on What It Means to be Equals*. Oxford University Press. pp. 186-208.
- Páez, Ricardo. 2018. Pautas bioéticas, la industria farmacéutica entre la ciencia y el mercado. Fondo de Cultura Económica, México.
- Palmero, Ana; Carracedo, Sarah; Cabrera, Noelia; Bianchini, Alahí. 2021. *Governance frameworks for COVID-19 research ethics review and oversight in Latin America: an exploratory study*. *BMC Med Ethics* 22, 147. <<https://doi.org/10.1186/s12910-021-00715-2>>.
- Powers, Madison; Faden, Ruth. 2006. *Social Justice: the moral foundations of public health and health policy*. Oxford University Press, Oxford.
- Phillips, Michael. 1985. “Reflections on the Transition from Ideal to Non-Ideal Theory,” *Nous*, vol. 19.
- Porsdam Mann, Sebastian; Schmid, Maximilian. 2018. *Health Research Priority Setting: State Obligations and the Human Right to Science*. *The American Journal of Bioethics*, 18:11, 33-35, <[doi: 10.1080/15265161.2018.1523492](https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1523492)>.
- Pratt, Bridget; Loff, Bebe. 2012. *A framework to link international clinical research to the promotion of justice in global health*. *Bioethics*. <[doi:10.1111/bioe.12009](https://doi.org/10.1111/bioe.12009)>.

- Ríos Velada, Alfonso. 2021. «Las desigualdades en salud laboral y la influencia del COVID-19 en el incremento de las mismas»; *Lan Harremanak*, 46, 144-169. <<https://doi.org/10.1387/lan-harremanak.23085>>.
- Ruger, Jennifer. 2008. Normative Foundations of Global Health Law. *The Georgetown law journal*, 96(2), 423-443.
- Nagel, Thomas. 2005. “The problem of Global Justice”, *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 33, pp. 113-147.
- World Health Organization. 2022. *Emergency use of unproven clinical interventions outside clinical trials: ethical considerations*. Ginebra.
- World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF). 2020. *Water, sanitation, hygiene, and waste management for the COVID-19 virus*.
- Ye, Yang; Zhang, Qingpeng; Wei, Xuan *et al.* 2022. *Equitable access to COVID-19 vaccines makes a life-saving difference to all countries*. *Nature Human Behaviour*. <<https://doi.org/10.1038/s41562-022-01289-8>>.

Fecha de recepción, 28 de abril de 2023.

Fecha de aceptación, 2 de enero de 2024.