



La justicia sanitaria en el contexto de la COVID-19: lectura bioética desde la justa igualdad de oportunidades de Norman Daniels

Healthcare Justice in the Context of COVID-19: A Bioethical Reading from Norman Daniels' Fair Equality of Opportunity



Autor

Francisco Valente Fumo

Universidad Pontificia Comillas

E-mail: xicofumo@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6280-2605>



Resúmen

A partir de la interpretación del pensamiento de Norman Daniels sobre la asistencia sanitaria como exigencia para el funcionamiento normal de la especie humana, se analiza la cuestión del racionamiento sanitario aplicándolo al contexto de la pandemia de la COVID-19 en Mozambique, un sistema sanitario que se debate con la extrema escasez de recursos sanitarios. La lucha contra el Sars-cov-2 ha provocado desatención a las enfermedades que constituyen un problema de salud pública. Ello nos obliga a reflexionar sobre la justicia distributiva en el contexto de la asistencia sanitaria.

Abstract

Based on Norman Daniels' interpretation of healthcare as a requirement for the normal functioning of the human species, we analyse healthcare rationing by applying it to the COVID-19 pandemic in Mozambique, a healthcare system that has scant resources. The fight against Sars-cov-2 has led to neglecting diseases that constitute a public health problem. This forces us to reflect on distributive justice within the context of healthcare.

Key words

Recursos sanitarios; COVID-19; asistencia sanitaria; salud pública; justicia distributiva.

Health resources; COVID-19; healthcare; public health; distributive justice.

Fechas

Recibido: 19/07/2020. Aceptado: 21/09/2020



1. La asistencia sanitaria como obligación de garantizar el funcionamiento típico de la especie humana en Norman Daniels

Para Daniels, la sociedad real no integra solo a personas productoras que están dispuestas a cooperar, sino también a personas con enfermedades y discapacidades que restringen el rango de oportunidades abiertas para ellas. A su vez, las oportunidades no se limitan a la asignación de oficios y cargos en la sociedad, sino que integran también los planes de vida (Daniels, 2001).

El primer acercamiento a la cuestión sanitaria que hizo Daniels fue desde la teoría de los bienes primarios de John Rawls, después avanza en el segundo planteamiento, el de concebir la salud dentro del principio de justa igualdad de oportunidades. Esta perspectiva es la que vamos a desarrollar en este artículo. Los motivos de este cambio son:

- a) El peso relativo que tendrá la salud con relación a otros bienes sociales primarios.
- b) Si consideramos la protección de la salud un bien primario importante, desvirtuamos la noción de bien primario.
- c) El peligro de generar una larga lista de bienes primarios de acuerdo con las necesidades importantes (Daniels, 2001).

El autor defiende que el cuidado sanitario es un bien especial porque protege el normal funcionamiento del ser humano y, a la vez, protege el rango de oportunidades abiertas al individuo (Daniels, 2001). A pesar de que sus teorías tienen como punto de partida

la filosofía de Rawls, Daniels espera que la fundamentación de la asistencia sanitaria, que va a sacar de la teoría de la justicia, no dependa de la teoría de Rawls ni de sus principales aspectos. Ello quiere decir que no es necesario aceptar la teoría de Rawls para aceptar la fundamentación de la asistencia sanitaria presentada por Daniels.

Daniels espera que la fundamentación de la asistencia sanitaria, que va a sacar de la teoría de la justicia, no dependa de la teoría de Rawls ni de sus principales aspectos

Es necesario resaltar aquí que Daniels no establece una conexión directa entre la salud y el concepto de oportunidad de Rawls, ya que este concepto resulta estrecho porque está pensado en relación a profesiones, trabajos o posiciones dentro de la

sociedad. Por ello, él amplía el concepto de oportunidad de tal modo que incluya todas las oportunidades abiertas a los individuos en una determinada sociedad.

Es decir, las capacidades que los individuos tienen, si no están enfermos ni discapacitados, son condiciones para que las personas puedan acceder a las oportunidades sociales. Es necesario subrayar que el autor no engloba todas las oportunidades, porque quedan fuera de este rango otras que afectan profundamente a la igualdad, tal es el caso de la renta, la riqueza o la educación. Además, el cuidado sanitario, se limita al funcionamiento normal de la especie natural, no modifica la distribución normal de talentos y habilidades. De este modo se entiende que el cuidado de la salud protege a las personas de las enfermedades o discapacidades curables o prevenibles que interfieren en la búsqueda de planes razonables de vida.



El cuidado sanitario es parte de la estructura básica de la sociedad, por eso debe ser regulado por la justa igualdad de oportunidades. Álvarez Castaño, comentando la teoría de Daniels, apostilla que “la política sanitaria no se puede basar en el mercado, porque quienes no logren participar de él no tendrían acceso a la satisfacción de las necesidades de salud y podrían sufrir daños —en algunas casos irreversibles— que limitarían el desarrollo de sus proyectos de vida y en ocasiones los de sus descendientes” (Álvarez Castaño, 2005, p. 132).

Daniels defiende que la salud es necesaria para que la persona pueda ser un ciudadano y tener la oportunidad de participar plenamente de la sociedad. De este modo, la asistencia sanitaria tiene como finalidad proteger la igualdad de oportunidades, por eso no debe ser distribuido de acuerdo con las posibilidades económicas.

Las necesidades no son iguales en cuanto a su importancia. Unas son adventicias o momentáneas; en cambio, otras, como las sanitarias, permanecen a lo largo de toda la vida

Para Lema Añón (2009), es evidente la preocupación que tiene Daniels por presentar la asistencia sanitaria no solo como requisito de la justicia, sino que también apela a este bien de modo empírico, recurriendo a las necesidades en el cuidado sanitario y a través de la construcción de un concepto de salud.

Es importante resaltar que esta aportación empírica de la teoría de las necesidades del cuidado de la salud marca la particularidad de Daniels con relación a Ronald Dworkin, que piensa que todos los ciudadanos deben tener a su disposición un seguro prudente de salud. Por eso, dedicamos algunos párrafos a explicar lo que Daniels entiende por necesidades y su concepto de salud.

Hay que aclarar que las necesidades no son iguales en cuanto a su importancia. Unas son adventicias o momentáneas, es decir, tienen que ver con proyectos contingentes; en cambio, otras permanecen a lo largo de toda la vida, tal es el caso de comer, vestir... Es en este último tipo donde debemos encuadrar las necesidades sanitarias, porque estas contribuyen al normal funcionamiento del sujeto considerado como miembro de una especie natural (Daniels, 1996).

En Daniels, este tipo de necesidades son condición necesaria para el funcionamiento típico de la especie. Estas necesidades poseen dos características principales:

- a) La objetividad en su atribución (independientes de las preferencias del sujeto).
- b) La objetividad en su importancia (si no están satisfechas, disminuye el normal funcionamiento del individuo).

Primero, son objetivamente atribuibles, en el sentido que podemos atribuirles a cualquier persona: aunque no las satisfaga las tiene, aunque las niegue o rechace porque sus preferencias van en dirección contraria a las necesidades atribuidas.

Segundo, son objetivamente importantes porque les concedemos mayor peso a sus reclamos en cualquier contexto moral, las exigimos independientemente del peso de otras preferencias individuales que estén en competencia con ellas (Daniels, 1996, p. 183).



Desde la concepción de las necesidades presentadas, vamos a intentar responder el por qué el autor da especial importancia moral al cuidado sanitario. Para Daniels, el “funcionamiento normal es el que nos hace considerar la protección de la salud como algo especial frente a otros condicionantes, tales como riqueza, renta y educación” (Lema Añón, 2009, p. 141).

Ya que la salud es un bien con especial importancia moral debido a que protege el normal funcionamiento de la especie, en su acceso se debe seguir el principio de justicia distributiva. Para poner en marcha el principio de justa igualdad de oportunidades no basta solo con proteger contra las discriminaciones para el acceso a las posiciones sociales, se requiere además medidas sociales positivas, para corregir los efectos negativos en las oportunidades, incluyendo el subdesarrollo de habilidades y talentos, que derive de las prácticas sociales injustas o de desigualdades socioeconómicas (Daniels, 2001, p. 3).

A partir de este planteamiento, comprendemos que el acceso al cuidado de la salud es una cuestión de justicia social y no se puede considerar como mercancía

Daniels asegura que una lectura correcta del cuidado sanitario a partir de la igualdad de oportunidades no es conectar las enfermedades y discapacidades con el bienestar de los sujetos, sino que estas (enfermedades y discapacidades) restringen las

oportunidades abiertas a cada individuo. Por ello, hay una obligación, por parte de la sociedad, de ofrecer cuidados sanitarios de modo justo y equitativo, no otros bienes.

La relación entre necesidades y protección de la salud nos conduce a una concepción biológica de la salud, porque Daniels adopta el modelo biomédico de la salud. Para él, “la salud es la ausencia de enfermedad y enfermedad es la desviación de la organización funcional natural de un miembro típico de la especie” (Daniels, 1996, p. 185). Es la desviación en el funcionamiento normal del organismo de una persona que lleva a la necesidad de establecer el cuidado sanitario, sea preventivo, curativo o paliativo.

A partir de este planteamiento, comprendemos que el acceso al cuidado de la salud (entendida como salud pública y como prevención, asistencia en enfermedad aguda y crónica) es una cuestión de justicia social y no se puede considerar la salud como mercancía, como piensan los neoliberales estadounidenses (por ejemplo, Robert Nozick y H. Tristram Engelhardt). Sin embargo, no rechazamos la posibilidad de que el mercado puede ser responsable de la salud, pero, en este caso, debe tratarla de modo distinto de otros bienes.

El principio de igualdad de oportunidades requiere salud pública, médica y servicios sociales que tengan como objetivo promover el funcionamiento normal para todos (Daniels, Kennedy, & Kawachi, 2000). Ello nos obliga a abandonar abordajes unidireccionales en las cuestiones de asistencia sanitaria.

La mención de los servicios sociales que pueden contribuir al normal funcionamiento de la especie humana es importante, porque los libertarios, en particular Nozick, dicen que no se puede identificar con exactitud el impacto de la teoría natural en las enfermedades ni los factores sociales, por ello no se podría hablar de un derecho a la asistencia sanitaria. En cambio, Daniels arguye que se debe actuar sobre los varios factores socialmente controlables que son determinantes para el nivel de salud de la población y el grado de las desigualdades.



La idea de funcionamiento normal opera como límite razonable de las necesidades sanitarias. De este modo, lo que estuviera fuera de este objetivo no sería parte de las necesidades sanitarias. Dicho de otro modo, las necesidades que presentan reclamos legítimos son las que están relacionadas con los bienes especiales, como la salud. Ahora bien, cualquier sistema de salud se enfrenta a los límites impuestos por los recursos escasos. De este modo no es justo hablar de una expansión sin fin de las necesidades sanitarias, porque los recursos sanitarios son escasos.

El cuidado sanitario se fundamenta en dos finalidades centrales. La primera es que el cuidado de la salud es un bien que debe ser tratado de forma diferente de otros bienes sociales. Puede acontecer que haya sociedades que glorifiquen las desigualdades, pero las personas en estas sociedades pueden defender que, en relación a la salud, debe haber alguna igualdad de acceso. Segunda, la teoría de la necesidad del cuidado sanitario deberá promover la redistribución de los recursos sanitarios entre las personas (Daniels, 1996).

Puede acontecer que haya sociedades que glorifiquen las desigualdades, pero las personas en estas sociedades pueden defender que, en relación a la salud, debe haber alguna igualdad de acceso

Las consecuencias que resultan de esta manera de considerar la salud son dos. La primera es que en la distribución de los bienes sociales no hay ningún otro bien que afecte la salud de la población que el cuidado sanitario. Desde el punto de vista de Daniels, los principios de justicia de Rawls la describen en la

distribución de los determinantes sociales y dan un informe parcial sobre todo cuando las desigualdades son injustas. Segunda, la necesidad de razonamiento sobre un proceso de justicia equitativa en materia de salud y cuidado sanitario.

Se nota una centralidad de la teoría de justicia de Rawls en la materialización del derecho a la protección de la salud en Daniels porque “la justicia es buena para nuestra salud” (Daniels, 2001, p. 3). Pero hay que decir desde ahora que la justicia que pretende Daniels es una justicia en el proceso y no en los resultados. O sea, la justicia se manifiesta en la posibilidad de recibir de la sociedad tratamiento para las enfermedades y discapacidades. Se refiere al acceso al cuidado sanitario apropiado. Lo que se busca es la igualdad de oportunidades no la igualdad de éxito. Lo que se pretende, en definitiva, con el derecho a la protección sanitaria es “la tarea relativamente modesta y limitada de mantener a las personas en nivel de funcionamiento tan cerca como sea posible a la normalidad” (Buchanan, Brock, Daniels, & Wikler, 2002, p. 119).

Para Daniels, la justicia es imprescindible en la prevención y tratamiento de enfermedades y discapacidad a través de servicios efectivos de cuidado sanitario. La razón es que, sin esos servicios, es imposible la protección del normal funcionamiento de la especie humana. Dicho de otra manera, al “mantener a las personas cerca del funcionamiento normal de la especie humana, el cuidado sanitario preserva en las personas la capacidad para participar de la vida política, social y económica de su sociedad” (Daniels, 2001, p. 3). Sin duda, sin el cuidado sanitario apropiado, las personas enfermas y discapacitadas pierden el derecho de participación en la sociedad.

El cuidado sanitario preserva en las personas el estatus de plenos ciudadanos o “competidores normales en la vida social” (Buchanan, Brock, Daniels, & Wikler, 2002, p. 114),



porque la asistencia sanitaria es imprescindible para que los seres humanos funcionen con normalidad como especie humana. Es lo mismo que decir que nuestro bienestar solo se puede medir por la accesibilidad a los bienes primarios de la sociedad. La asistencia sanitaria permite que las personas puedan compartir equitativamente las oportunidades existentes en una sociedad y llevar a cabo o revisar sus planes de vida de modo normal. En suma, “la asistencia sanitaria es de especial importancia moral porque ayuda a preservar nuestro estatuto de ciudadanos plenamente funcionales” (Daniels, 2001, p. 4).

No se puede utilizar la teoría de Daniels para pedir que el Estado cubra gastos sanitarios de mejora genética o cirugías estéticas de sus ciudadanos

Las oportunidades sociales varían de sociedad en sociedad debido a que cada sociedad tiene su propia organización social y nivel de desarrollo tecnológico. Respecto a las diferencias de oportunidades entre sociedades, Daniels apostilla que —en términos de asistencia sanitaria— “dentro de una sociedad, en relación con su gama de oportunidades normales, es más importante tratar algunas enfermedades y disfunciones que otras,

y esto afectará a nuestras decisiones sobre qué tratamientos ofrecer cuando no podemos proporcionar todos los que las personas necesitan” (Buchanan, Brock, Daniels, & Wikler, 2002, p. 115).

En la perspectiva de Daniels, el objetivo de la asistencia sanitaria es el de “mantener la operatividad vital de las personas tan cerca de la normalidad como sea posible, dentro de la limitación de los recursos” (Buchanan, Brock, Daniels, & Wikler, 2002, p. 115). Ello comporta cuatro niveles:

1. El nivel de la prevención de las enfermedades.
2. El de rehabilitación y restauración del funcionamiento normal.
3. El cuidado de los enfermos crónicos.
4. El tratamiento sanitario para los enfermos terminales y los que están psíquicamente graves.

Estos obedecen a una filosofía de base en la que es mejor prevenir que curar y curar que compensar por la pérdida de funciones (Daniels, 2001). Todos los niveles aquí presentados son necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades para los individuos dentro de la sociedad. Por eso, no se puede utilizar la teoría de Daniels para pedir que el Estado cubra gastos sanitarios de mejora genética o cirugías estéticas de sus ciudadanos.

La intervención de las instituciones sanitarias encargadas de garantizar la igualdad de oportunidades entre los ciudadanos “deja intacta la distribución desigual de capacidades, una vez corregidos los efectos distorsionadores de las prácticas sociales pasadas, así como los de la enfermedad y la discapacidad” (Buchanan, Brock, Daniels, & Wikler, 2002, p. 119). En realidad, el objetivo último del cuidado sanitario es mantener y restaurar el funcionamiento normal o típico de nuestra especie (Daniels, 1995). Por ello, el cuidado sanitario se relaciona con la eliminación de las desigualdades causadas por la enfermedad y la discapacidad.

Daniels propone un derecho universal a la asistencia sanitaria que no discrimina a “las personas por razones económicas, posición social, de mérito o edad, sino que atienden



a una protección equitativa de la igualdad de oportunidades para conquistar los proyectos individuales en las distintas etapas de la vida” (Vidiella, 2000, p. 49).

El planteamiento de Daniels nos sirve para acordarnos que del respeto igualitario a la persona humana se deriva una propuesta de atribución igualitaria de todos los bienes de los que dispongan la comunidad (Gosepath, 2001). Este autor defiende que las instituciones sociales deben desarrollar procedimientos equitativos para la distribución de recursos sanitarios.

El planteamiento de Daniels es una crítica a la desigualdad que existe en Mozambique en el acceso a la asistencia sanitaria. En este país, el 50% de la población tiene acceso a servicios de salud aceptables, el 36% tiene acceso a una unidad sanitaria a 30 minutos de su casa a pie y el 30% tiene totalmente inhabilitado el acceso a los servicios de salud. Conseguir una consulta con un especialista puede llevar más de seis meses. Solo

las personas con buenos ingresos pueden acceder de inmediato a una consulta con un especialista en los hospitales privados.

En las zonas rurales, la cuestión es más complicada, pues hay insuficientes infraestructuras de transportes y comunicaciones que condicionan el acceso a las unidades sanitarias. Además, en las zonas rurales más recónditas es casi imposible encontrar un médico, solo técnicos de medicina general y enfermeros en unidades sanitarias sin los medios básicos como la luz eléctrica.

Esta situación de desigualdad está siendo agravada por la propagación de la pandemia de la COVID-19

A la luz del razonamiento de Daniels, las autoridades sanitarias deberían proceder a un amplio análisis intuitivo para saber objetivamente qué desigualdades son innecesarias y evitables, aquellas que pueden condicionar de modo particular la realización de los planes de vida de aquellas personas que viven en las zonas rurales y las que por falta de ingresos no consiguen a acceder a la consulta de un especialista.

Esta situación de desigualdad está siendo agravada por la propagación de la pandemia de la COVID-19. Por esta razón, es necesaria, más que nunca, una reflexión sobre el racionamiento sanitario propuesto por Daniels. Este concepto se puede definir de esta manera: “la retención de servicios de salud potencialmente beneficiosos porque las políticas y prácticas establecen límites en los recursos disponibles para la atención médica” (McDonough, 2007, p. 226). Hablamos sobre esto en el apartado que viene a continuación.

2. El racionamiento sanitario desde la perspectiva del “funcionamiento normal de la especie”

La cuestión del racionamiento sanitario encuentra una respuesta en el principio de justa igualdad de oportunidades. Este principio nos orienta específicamente a determinar lo que es moralmente justo hacer frente a muchas necesidades sanitarias. Daniels señala que “será más simple tomar estas decisiones si los ciudadanos están de acuerdo con el principio de justicia distributiva, este puede determinar cómo poner límites a la asistencia sanitaria” (Daniels, 2001, p. 9).



A lo que hemos dicho anteriormente debemos añadir que el racionamiento deberá obedecer cuatro criterios que a continuación indicamos. En primer lugar, la necesidad del racionamiento debe ser éticamente demostrable. En el contexto de la pandemia de la COVID-19, tiene como objetivo suplir una verdadera escasez de recursos para atención sanitaria.

Como segundo punto, es necesario que el mismo racionamiento tenga por objetivo promover el bien común (que sea beneficiosa a toda la sociedad). En el contexto en el que nos encontramos, no nos parece que el racionamiento sanitario aplicado esté

siendo beneficioso para toda la población, debido a que las desigualdades ya existentes se han aumentado en el contexto de la COVID-19.

En el caso de Daniels, el principio de igualdad de oportunidades no llega a resolver todos los problemas de asignación de recursos sanitarios, aunque nos ayuda a deliberar

Tercero, el nivel básico del cuidado sanitario debe estar disponible para toda la persona humana. Consideramos nivel básico de cuidado sanitario lo que promueve la salud, el tratamiento adecuado para personas enfermas o con discapacidad y el cuidado de las personas con enfermedades crónicas o que están muriéndose.

El cuarto criterio es que el racionamiento debe ser aplicado a todas las personas. Es decir, no puede ser discriminante (Catholic Health Association of the United States, 1991, p. 22ss).

De todos los principios bioéticos, la justicia es el mayor de los principios en el racionamiento sanitario. En el caso de Daniels, el principio de igualdad de oportunidades no llega a resolver todos los problemas de asignación de recursos sanitarios, aunque nos ayuda a deliberar sobre el tratamiento de enfermedades o discapacidades graves porque las personas afectadas por ellas están muy comprometidas en sus oportunidades.

Es importante resaltar que Daniels, aunque parte de un concepto biologicista de salud, su pensamiento ha evolucionado para incluir determinantes sociales de la salud. En el artículo *Justice, health, and healthcare*, abandona esta concepción meramente biológica de la salud e incluye los determinantes sociales que condicionan el estado de salud de las personas. Él es consciente de que “estos determinantes sociales han sido virtualmente ignorados en el campo académico de la Bioética, y en las discusiones acerca de la reforma de los sistemas sanitarios” (Daniels, Kennedy, & Kawachi, 2000, p. 216).

Además, como señaló Lema Añón, “en el momento en que vincula enfermedad a su concepto de funciones básicas es evidente que su concepto de salud se relaciona con aspectos que van más allá de la mera atención médica, conectándose con otros aspectos tales como nutrición y vivienda, y dentro de los servicios médicos, incluyendo privilegiadamente los preventivos” (Lema Añón, 2009, p. 145).

Respecto a los determinantes sociales, Daniels va más allá y apunta que, nuestra salud, está también afectada por nuestra posición social y las desigualdades existentes en nuestra sociedad. De este modo, nuestra salud está afectada por las condiciones sociales bajo las cuales vivimos. De ello resulta que, para solucionar los problemas de salud, no es suficiente que aumente el acceso a la asistencia sanitaria, sino que se deben promover las condiciones sociales.



Consciente de que los determinantes sociales contribuyen en la salud de las personas, Daniels arguye que la salud no depende solo de los ingresos de las personas, sino también de la distribución social de los mismos. Asimismo, “la falta de acceso a las condiciones básicas de salud como agua potable, nutrición adecuada, vivienda y condiciones ambientales sanas” (Daniels, 2001, p. 7) contribuyen para explicar las diferencias en términos de salud entre las personas y países.

Además de los determinantes de salud que hemos indicado, el autor asegura que la educación de las personas tiene efectos sobre su salud. Para concluir, es imprescindible que se tengan siempre en cuenta las desigualdades socioeconómicas en la salud.

Para solucionar los problemas de salud, no es suficiente que aumente el acceso a la asistencia sanitaria, sino que se deben promover las condiciones sociales

En la línea de nuestro objeto, podemos afirmar que, en el contexto del Sars-cov-2, si las personas que sufren de otras enfermedades no pueden tener la asistencia sanitaria no solo se va a condicionar su funcionamiento normal como especie humana, sino que también se les quita la posibilidad de compartir las oportunidades existentes en la sociedad. Además, se les hace imposible seguir o revisar sus planes de vida.

Daniels no desprecia los aspectos económicos referentes a la salud, pero también subraya que deben ser conjugados con valores sociales como la justicia y la igualdad. La atención sanitaria es un derecho social que siempre hay que proteger. Proteger la salud es proteger nuestras oportunidades.

Esta evolución del pensamiento hacia una concepción bioestadística de la salud presenta ventajas por usar la definición biológica objetiva de la salud de un organismo sin excluir los determinantes sociales, que pueden encuadrarse en un contexto de política sanitaria pero no son definitorios para la salud (Marks, 2013).

La teoría de Daniels nos plantea claramente la cuestión del racionamiento de los recursos sanitarios. De este modo, se debe discutir “por medio de un contrato social los racionamientos y exclusiones duraderas y circunstanciales, al abordar aspectos como el uso de la tecnología punta, la situación macroeconómica y las expectativas plurales de los ciudadanos” (Galvis, 2002, p. 22).

La salud es, para este autor, cuestión de necesidad y no es una preferencia ni bien de consumo adquirido en el mercado (Ortúzar, 2011). Ello prueba que la salud se encuadra dentro de lo que son los derechos morales, derechos que tiene todo ser humano sin necesidad de que se cumplan condiciones especiales o una ley que los explicita (Álvarez Castaño, 2005).

Si tenemos en cuenta el sentido anterior de racionamiento sanitario, para Daniels, es pertinente decidir dónde aplicar los escasos recursos sanitarios “qué oportunidades serán protegidas y de qué modo y hasta qué grado” (Daniels, 1995, p. 121). Dicho de otra forma, la asistencia sanitaria no es el único bien de la sociedad, por eso, la limitación de los recursos nos obliga a decidir cuáles de los tratamientos médicos son prioritarios. Para Daniels, “todas las sociedades deben decidir que necesidades deben ser prioritarias y cuando los recursos deben ser gastos en otras necesidades” (Daniels, 2001, p. 9).



La preocupación de las sociedades, en particular las que se enfrentan a la extrema escasez de recursos sanitarios, es cómo garantizar la asistencia sanitaria a todos los miembros de la sociedad de modo justo. Dicho de otro modo, la necesidad urgente de frenar los contagios de la COVID-19 y la curación de la pandemia en no pocos países africanos —y en particular Mozambique— ha merecido una atención especial en detrimento de otras enfermedades. Nuestra pregunta de investigación es cómo la propuesta de Norman Daniels puede iluminar éticamente el quehacer de los gestores sanitarios en este contexto de la COVID-19. A continuación, nos proponemos a dibujar una perspectiva.

3. Racionamiento de los recursos sanitarios en la pandemia de la COVID-19 en los países africanos

En el contexto mozambiqueño, el brote de la pandemia hizo que aumentara el gasto sanitario, al considerarse necesario construir, equipar y mantener las infraestructuras mínimas que pudieran gestionar, tratar y contener la crisis de la COVID-19. En este orden de ideas, el dilema, ante las demás enfermedades, es “quién debe recibir tratamientos, quién debe continuar viviendo con dolor y sin confort, en caso extremo, a quién se debe dejar morir” (Maynard, 1995, p. 308).

La necesidad urgente de frenar los contagios de la COVID-19 y la curación de la pandemia en no pocos países africanos ha merecido una atención especial en detrimento de otras enfermedades

El gran problema que ha traído el Sars-cov-2 para el sistema sanitario mozambiqueño es la priorización de asignar unos recursos, extremadamente escasos de por sí, al combate de la COVID-19, en detrimento de su utilización para tratar las enfermedades que sufre la mayoría de la población. Así, los hospitales se prepararon principalmente para asistir la COVID-19, olvidándose de las demás enfermedades y descuidando aspectos tan básicos en la sanidad como la vacunación de los niños o el control de las enfermedades crónicas como son el VIH, la malaria y la tuberculosis. Además, en esta fase de la pandemia, las personas evitan

ir al hospital o al centro de salud, incluso en caso de enfermedad manifiesta. Ello tendrá como consecuencias el deterior del estado de salud y agravamiento de la enfermedad.

Desde el postulado de Daniels, según el cual la asistencia sanitaria sirve para garantizar el funcionamiento normal de la especie, podemos cuestionarnos si es ético desatender algunas enfermedades y concentrarse en la lucha contra el Sars-cov-2. En Mozambique, donde se asigna recursos muy limitados a la salud, la lucha contra este virus significa desatender otras enfermedades.

Por eso, el verdadero coste del Sars-cov-2 en Mozambique va a ser conocido a través de su impacto en otras enfermedades. Es decir, el coste será visible en los niños que se quedarán sin vacunas, en el incremento de las muertes por sida en pacientes que no han recibido retrovirales o por los fallos de los servicios de sanidad en la atención y tratamiento de las enfermedades como la tuberculosis y malaria.

En África, donde se ubica Mozambique, no se trata de menospreciar el impacto de la COVID-19, sino que este debe asociarse a la cifra anual de muertes por el sida, tu-



berculosis y malaria que asciende a los 1,3 millones de afectados en este continente (Sands, 2020).

Las cifras que se registran de la COVID-19 y las demás enfermedades, de modo particular la malaria, nos ponen ante un problema bioético relacionado con la prioridad en el tratamiento de las enfermedades. Podemos cuestionarnos si es éticamente correcto que se concedan a las compañías mayores incentivos financieros para la producción masiva de test que detecten agentes infecciosos de Sars-cov-2 que para obtener otros medios que reduzcan o detengan otras enfermedades muy extendidas en el continente como la malaria.

Desde el punto de vista de los científicos que trabajan en la lucha contra la malaria, como la investigadora Jaishree Raman (2020), esta actitud podría afectar negativamente a los avances logrados contra la malaria en los últimos 20 años. Ello parece inaceptable porque la malaria sigue siendo un problema importante de salud en África, donde un niño muere de malaria cada dos minutos.

En Mozambique, donde se asigna recursos muy limitados a la salud, la lucha contra este virus significa desatender otras enfermedades

En esta línea, debemos resaltar que, en Mozambique, en el año 2019, se observaron los siguientes casos de enfermedades, 10.864.689 de malaria, 2.000.000 del sida y 9.379 de tuberculosis (Ministério da Saúde, 2020). Es también importante considerar que el índice de prevalencia del VIH/sida es superior al 11,5%, correspondiente a 1,4 millones de infectados.

Además, no debemos olvidar que la fiebre no siempre significa infección por el Sar-cov-2, siendo también un síntoma de la malaria. En este sentido, es imperioso que este país no desprecie la

malaria como un problema de salud pública, porque el riesgo es sufrir las consecuencias combinadas de ambas enfermedades (Okumu, 2020).

Poniendo la mirada en la salud materno-infantil, el problema de que la atención de los gestores sanitarios se centre en la COVID-19 y sus medidas de prevención puede conducir a la escasez de suministro de medicamentos a una población especialmente vulnerable como son las mujeres embarazadas y los niños. Ello puede afectar a recursos destinados a los servicios de emergencia durante el embarazo, incluidos los partos que requieran cuidados críticos. Los gestores sanitarios deben tener en cuenta que en cada 100.000 partos mueren anualmente 451,6 mujeres, al día mueren 13 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo y parto, y en cada 1000 recién nacidos, 67,3 mueren poco después de nacer (Ministério da Saúde, 2020).

Al disminuir el número de consultas prenatales, la asistencia sanitaria materno-infantil va a empeorar. La deficiente asistencia sanitaria a las mujeres embarazadas podrá provocar el aumento en 37% de las transmisiones de la infección por el VIH de madre al hijo durante el embarazo o parto (OMS, 2020).

Teniendo en cuenta la perspectiva de Daniels, en la lucha contra la pandemia de la COVID-19, el Gobierno mozambiqueño y sus gestores sanitarios deben procurar que los pocos recursos que existen sean distribuidos de modo equitativo y considerando la atención a todas las enfermedades. De lo contrario, no podemos hablar de la justa



igualdad de oportunidades que toda sociedad debe preservar a través del acceso a la asistencia sanitaria, tampoco se estará por garantizar el normal funcionamiento de la especie de aquellos que no sufren del Sars-cov-2. No es justo que las mujeres embarazadas, los niños, los enfermos de malaria, sida, diabetes y otras enfermedades se queden sin asistencia sanitaria por cuenta de la pandemia.

Otra cuestión importante en el contexto mozambiqueño son las desigualdades en materia sanitaria. Las inequidades existentes dificultan la efectividad de las medidas de prevención, siendo evidentes las disparidades entre ricos y pobres. Las disparidades entre ricos y pobres se reflejan en las intervenciones que se han implementado para manejar la pandemia, así como en sus consecuencias sociales y económicas. Y, como lo hemos dicho, para Daniels, todo el sistema sanitario deberá considerar la importancia de los determinantes sociales.

No es justo que las mujeres embarazadas, los niños, los enfermos de malaria, sida, diabetes y otras enfermedades se queden sin asistencia sanitaria por cuenta de la pandemia

En este sentido, Lauren Graham (2020) arguye que las disparidades incluyen el acceso al agua, las circunstancias de la vivienda, así como la muy alta dependencia de las personas de las subvenciones sociales y del sector informal para obtener ingresos. Ello concurre para que las personas más pobres estén más expuestas al Sars-cov-2. Pero, también en el grupo de las personas socialmente excluidas, están las mujeres embarazadas que dependen exclusivamente del sistema sanitario público para obtener las consultas prenatales, los niños que sufren la desnutrición y necesitan de programas de apoyo en los centros de salud públicos.

Además, muchos enfermos de la malaria y sida pertenecen, en muchos casos, a las capas más pobres de la sociedad. Luego, vedar la asistencia sanitaria a estas personas para dar prioridad a los casos del Sars-cov-2 es cerrarles la posibilidad de acceder a las oportunidades que ofrece la sociedad.

Además, muchos enfermos de la malaria y sida pertenecen, en muchos casos, a las capas más pobres de la sociedad. Luego, vedar la asistencia sanitaria a estas personas para dar prioridad a los casos del Sars-cov-2 es cerrarles la posibilidad de acceder a las oportunidades que ofrece la sociedad.

4. Conclusión

Para Norman Daniels, la asistencia sanitaria garantiza el normal funcionamiento de la especie humana. Desde una perspectiva de justicia en la distribución de recursos sanitarios, la sociedad debe ofrecer oportunidades iguales a todos los miembros de la sociedad para prevenir y curar las enfermedades o tener la posibilidad de rehabilitarse.

Aplicando este pensamiento a la situación actual provocada por el Sars-cov-2 en los países de recursos sanitarios escasos, como es el caso de Mozambique, concluimos que, en nombre la justicia, no se debe abandonar a ningún enfermo sin atención médica. La atención prioritaria a la COVID-19 no puede ser la única considerada por el sistema sanitario. Las enfermedades como la malaria, el sida, diabetes, la atención a las mujeres y a los niños no deben ser descuidadas porque constituyen aún problemas de salud pública en este contexto.



Yo opino que sería prudente aplicar medidas de prevención, considerando la situación concreta de cada país, puesto que lo que ha servido a los países desarrollados puede no ajustarse a la realidad de Mozambique. Lo que no es justo es suspender la asistencia médica y medicamentosa de otras enfermedades.

Referencias

- Abajobir, A. (16 de abril de 2020). Africa can't let maternity care slide during the coronavirus pandemic. *The Conversation*. Recuperado el 25 de mayo de 2020 de <https://theconversation.com/africa-cant-let-maternity-care-slide-during-the-coronavirus-pandemic-136424>
- Álvarez Castaño, L. S. (2005). El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(2), 129-135. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000700008>
- Buchanan, A., Brock, D. W., Daniels, N., & Wikler, D. (2002). *Genética y justicia* (C. Piña, Trad.) Madrid: Cambridge University Press.
- Burgis, T. (2015). *A pilhagem de África*. Amadora: Vogais.
- Catholic Health Association of the United States. (1991). *With justice for All? The ethics of healthcare rationing*. St. Louis: Catholic Health Association of the United States.
- Daniels, N. (1995). *Seeking fair treatment: from the AIDS epidemic to national health care reform*. New York - Oxford: Oxford University Press.
- Daniels, N. (1996). *Justice and justification: Reflective equilibrium in the theory and practice*. Cambridge: Cambridge University Press. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511624988>
- Daniels, N. (2001). Justice, health, and healthcare. *The american journal of bioethics*, 1(2), 2-16. DOI: <https://doi.org/10.1162/152651601300168834>
- Daniels, N. (2013). Equidad intergeneracional: los retos de una sociedad envejecida. *Conferencia Magistral en la Fundación Rafael del Pino*. Madrid: Fundación Rafael del Pino.
- Daniels, N., Kennedy, B., & Kawachi, I. (2000). Justice is good for our health. How greater economic equality would promote public health. En J. Cohen, & J. Roger, *Is Inequality bad for our health?* Boston: Beacon Press.
- Galvis, C. (2002). *Justicia sanitaria*. Bogotá: Kimpres.
- Gosepath, S. (2001). Consideraciones sobre las fundamentaciones de los derechos humanos sociales. En M. A. Alonso, & J. G. Ramirez, *Ciudadanía y derechos humanos sociales* (pp. 16-58). Medellín: Escuela Nacional Sindical.
- Grahan, L. (5 de abril de 2020). Pandemic underscores gross inequalities in South Africa, and the need to fix them. *The Conversation*. Recuperado el 24 de mayo de 2020, de <https://theconversation.com/pandemic-underscores-gross-inequalities-in-south-africa-and-the-need-to-fix-them-135070>
- Lema Añón, C. (2009). *Salud, justicia, derechos. El derecho a la salud como derecho social*. Madrid: Dykinson.
- Marks, S. P. (2013). Emergence and scope of right to health. En J. M. Zuniga, S. P. Marks, & L. O. Gostin, *Advancing the Human Right to health* (pp. 1-33). Oxford: Oxford University Press. DOI: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199661619.003.0001>



- McDonough, M. J. (2007). *Can a health care market be moral? A catholic vision*. Washington: Georgetown University Press.
- Ministério da Saúde. (2020). *Anuário estatístico de saúde 2020*. Maputo: Ministério da Saúde.
- Okumu, F. (23 de abril de 2020). Malaria still kills 1,100 a day. It can't afford to lose resources to coronavirus. *The Conversation*. Recuperado el 25 de mayo de 2020 de <https://theconversation.com/malaria-still-kills-1-100-a-day-it-cant-afford-to-lose-resources-to-coronavirus-136976>
- OMS. (11 de mayo de 2020). Na África, limitação de serviços de HIV em tempos da covid-19 pode matar 500 mil. *ONU News*. Recuperado el 17 de julio de 2020 de <https://news.un.org/pt/story/2020/05/1713132>
- Ortúzar, M. G. (enero-junio de 2011). Igualdad social, justicia y políticas de salud. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 11(1), 68-77. DOI: <https://doi.org/10.18359/rlbi.1046>
- Raman, J. (14 de mayo de 2020). COVID-19, Why malaria treatment shouldn't take a back seat to. *The Conversation*. Recuperado el 25 de mayo de 2020 de <https://theconversation.com/why-malaria-treatment-shouldnt-take-a-back-seat-to-covid-19-138444>
- Sands, P. (7 de Abril de 2020). The threat to Africa. *The Global Fund*.
- Vidiella, G. (2000). *El derecho a la salud*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Zúñiga Fajuri, A. (2013). *Equidad y derecho a la protección de la salud*. Madrid: Universidad de Alcalá.