



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

PERSPECTIVAS BIOÉTICAS

COVID-19 i Justícia social: un enfocament sindèmic de la resistència a la vacunació

COVID-19 and Social Justice: A syndemic approach to vaccine hesitancy

COVID-19 y Justicia social: un enfoque sindémico de la resistencia a la vacunación

JOSÉ RAMÓN ORRANTIA CAVAZOS*

* José Ramón Orrantia Cavazos. Investigador postdoctoral del Programa universitario de Bioética, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Email: jrocley@hotmail.com.

Becario del Programa de Becas Posdoctorales en la UNAM, Programa Universitario de Bioética, asesorado por la Dra. Lizbeth Sagols Sales y el Dr. Ángel Alonso Salas.

Copyright (c) 2022 José Ramón Orrantia Cavazos



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

Resum

Les afectacions per la pandèmia de COVID-19 depenen de determinants socioculturals que blinden a alguns individus o grups dels efectes més severos o tornen a uns altres més susceptibles de sofrir danys a la seva salut, posició social o estabilitat econòmica. El cas de la vacunació és simptomàtic de com grups específics sofreixen major vulnerabilitat per inequitats socioeconòmiques i determinants culturals. Conseqüentment, la resistència a la vacunació entre aquests grups pot aprofundir la vulnerabilitat, per la qual cosa és necessari dissenyar estratègies que, en confrontar la resistència a la vacunació, no deixin de costat aquelles inequitats estructurals que, de no atendre's, continuaran alimentant la suspicàcia i renuència a vacunar-se. En aquest treball sostenim que les polítiques de salut pública enfocades a promoure la vacunació poden beneficiar-se d'un enfocament sindèmic que consideri les sinergies entre malalties i determinants socioeconòmiques i culturals. Això implica introduir problemes de justícia social en la planificació d'estratègies de salut pública. Fent una anàlisi crítica del treball del bioeticista Norman Daniels —qui aborda la importància moral de la salut pública des d'una interpretació de la teoria de la justícia de John Rawls— reprenem les crítiques a la justícia com a imparcialitat de les postures comunitarista i de les polítiques de la diferència (específicament I. M. Young), per a mostrar que un enfocament sindèmic de la salut pública és indispensable per aconseguir una vacunació completa: el disseny d'estratègies haurà de considerar els contextos específics de grups renuents a vacunar-se per aconseguir eficiència a curt, mitjà i llarg termini.

Paraules clau: salut pública; sindèmia; justícia com a imparcialitat; comunitarisme; polítiques de la diferència; resistència a la vacunació; determinants socioculturals; vulnerabilitat.

Abstract

The effects of COVID-19 pandemic depend on socio-cultural determinants that shield some individuals or groups from the most severe effects or make others more vulnerable to suffering harms to their health, social position, or economic stability. The case of vaccination is symptomatic of how specific groups suffer a higher degree of vulnerability due to socioeconomic inequalities and cultural determinants. Consequently, vaccine hesitancy among these groups might deepen the vulnerabilities, which is why it is necessary to design strategies that, while confronting vaccine hesitancy, do not ignore those structural inequalities which could continue feeding skepticism and resistance to vaccination, if unattended. In this work we claim that public health policies focused on promoting vaccination may benefit from a syndemic approach that considers the synergies between diseases and socioeconomic and cultural determinants. This implies introducing social justice issues into the planning of public health strategies. By critically analyzing the work of bioethicist Norman Daniels —who goes over the moral importance of public health from an interpretation of John Rawls' theory of justice— we explore the criticism to justice as fairness made by the communitarian and the politics of difference standpoints (specifically, I. M. Young), to show that a syndemic approach to public health is essential to achieve complete vaccination: the design of strategies will have to consider the specific contexts of vaccine hesitant groups, to achieve efficiency vaccinating in the short, medium and long term.

Keywords: Public health; syndemics; justice as fairness; communitarianism; politics of difference; vaccine hesitancy; sociocultural determinants; vulnerability.

Resumen

Las afectaciones por la pandemia de COVID-19 dependen de determinantes socio-culturales que blindan a algunos individuos o grupos de los efectos más severos o vuelven a otros más susceptibles de sufrir daños a su salud, posición social o estabilidad económica. El caso de la vacunación es sintomático de cómo grupos específicos sufren mayor vulnerabilidad por inequidades socioeconómicas y determinantes culturales. Consecuentemente, la resistencia a la vacunación entre estos grupos puede profundizar la vulnerabilidad, por lo que es necesario diseñar estrategias que, al confrontar la resistencia a la vacunación, no dejen de lado aquellas inequidades estructurales que, de no atenderse, seguirán alimentando la suspicacia y renuencia a vacunarse. En este trabajo sostenemos que las políticas de salud pública enfocadas a promover la vacunación pueden beneficiarse de un enfoque sindémico que considere las sinergias entre enfermedades y determinantes socioeconómicos y culturales. Esto implica introducir problemas de justicia social en la planificación de estrategias de salud pública. Haciendo un análisis crítico del trabajo del bioeticista Norman Daniels —quien aborda la importancia moral de la salud pública desde una interpretación de la teoría de la justicia de John Rawls— retomamos las críticas a la justicia como imparcialidad de las posturas comunitarista y de las políticas de la diferencia (específicamente I. M. Young), para mostrar que un enfoque sindémico de la salud pública es indispensable para lograr una vacunación completa: el diseño de estrategias tendrá que considerar los contextos específicos de grupos renuents a vacunarse para lograr eficiencia a corto, mediano y largo plazo.

Palabras clave: salud pública; sindemia; justicia como imparcialidad; comunitarismo; políticas de la diferencia; resistencia a la vacunación; determinantes socioculturales; vulnerabilidad.

1. Introducción

La pandemia de COVID-19 pone de relieve nuestra humanidad compartida: todos somos vulnerables, sin importar color de piel, género, nacionalidad o estatus social. Esta crisis nos une porque todos hemos perdido a alguien o hemos sufrido en carne propia los estragos de la enfermedad: físicos, psicológicos, económicos. Pero no todos hemos padecido la pandemia de la misma manera: existen determinantes (factores) socio-culturales que blindan a algunos individuos o grupos de las afectaciones más severas o vuelven a otros más vulnerables o susceptibles de sufrir daños a la salud, la posición social o la estabilidad económica. La COVID-19 es global, pero no es democrática.

El caso de la vacunación es sintomático de la forma como ciertas poblaciones son afectadas de manera diferenciada. A nivel global, la iniciativa COVAX, una estrategia para una vacunación justa y equitativa y modelo de cooperación internacional en materia de salud, ha fracasado porque las farmacéuticas con capital transnacional prefirieron vender sus dosis a los países de altos ingresos, quienes —poniendo el interés nacional por encima del control de la pandemia a través del reparto global del riesgo— compraron suficientes vacunas para inmunizar totalmente a su población (hasta dos veces), mientras que en los países de bajos ingresos hasta el 98% de la población no ha recibido una sola dosis. A nivel nacional, la difícil cobertura de vacunación en ciertas zonas de México (principalmente rurales o de difícil acceso, como los Altos de Chiapas) ha tenido que ser compensada con formas de auto organización y aislamiento para protegerse de la enfermedad. En ambos casos, la insuficiente e ineficiente cobertura de vacunación ha generado suspicacia y alimentado teorías de la conspiración, provocando un aumento en la resistencia a la vacunación que podría agravar la situación de vulnerabilidad en que ya se encuentran ciertas poblaciones o grupos.

Las campañas de vacunación son estrategias de salud pública cuyo diseño requiere tomar en cuenta las determinantes específicas de los contextos particulares de operación. Fallar al considerar estas determinantes puede significar no sólo deficiencias en la disponibilidad de materiales e instalaciones para atención de la salud (por ejemplo, disponibilidad de vacunas), sino también fracasar en las estrategias de persuasión para aceptar la vacuna y combatir la resistencia a la vacunación. En este trabajo sostenemos que las políticas de salud pública enfocadas a promover la vacunación pueden beneficiarse de un enfoque sindémico que tome en cuenta las sinergias que se presentan en contextos específicos: interacciones adversas que se establecen entre dos o más enfermedades (comorbilidades), pero también entre enfermedades o padecimientos y determinantes sociales, culturales o económicas.

No obstante, debemos tener en cuenta las críticas que un enfoque sindémico enfrenta, que son proporcionalmente las mismas que las de los enfoques pluralistas (epistémicos o éticos): si el enfoque sindémico nos inclina hacia un particularismo relativista, ¿sirve como enfoque de salud pública? En el caso particular de la pandemia —con énfasis en *pan*=todo (Cultivemos Bioética, 2021)—, ¿el enfoque sindémico no nos hace perder de vista el carácter global del fenómeno, frenando con ello la posibilidad de diseñar estrategias para enfrentar la enfermedad que trasciendan lo local o regional? Si fuera el caso, podríamos preferir un enfoque general que guiara la práctica médica en contextos diferentes y cuya validez no dependiera de uno de ellos en particular, como lo propone el bioeticista Norman Daniels mediante una interpretación de los principios de justicia de John Rawls y el principio de diferencia para una teoría de la justicia en materia de salud.

En contraposición, sostenemos que un enfoque sindémico puede defenderse desde la crítica que Iris Marion Young (1990) hace de la teoría de la justicia de Rawls, en el sentido de que la imparcialidad de los principios de justicia resultan en la búsqueda de un punto de vista moral universal para el cual hay un solo razonador solitario, reduciendo la pluralidad de sujetos morales a una sola subjetividad completamente separada de cualquier contexto particular, compromisos, intereses, cuerpos, deseos o emociones. Desde la perspectiva de las políticas de la diferencia, Young apela a la consideración de estas particularidades o pluralidades como constitutivas de la realidad, pues es imposible razonar sobre cuestiones morales sustantivas sin partir de un contexto social e histórico particular.

De igual manera, el enfoque en las sindemias parte de la consideración de contextos socio-históricos específicos para plantear estrategias *contrasindémicas* —estrategias que mitiguen el reforzamiento sindémico de las enfermedades a través de medidas que van más allá de sólo políticas de salud pública con un enfoque biomédico o epidemiológico, sino que hagan una sinergia contrapuesta a través de medidas de redistribución de riqueza, recursos y/o oportunidades sumadas al combate médico de la enfermedad (Singer, et al, 2017)— que pudieran constituirse en políticas de salud pública adecuadas para contextos particulares.

2. Consideraciones sobre justicia en materia de salud

La pandemia de COVID-19 nos ha puesto en un escenario de “decisiones trágicas”, decisiones que tienen que ver con la vida y la muerte (Dieterlen, 2015: 15). La controversia sobre la asignación de recursos escasos que tuvo lugar en México en torno a la Guía Bioética tuvo como fondo la necesidad de encontrar principios (bio) éticos o criterios adecuados para tomar decisiones sobre

a quién asignar un recurso (p. e., ventiladores) y a quién tratar con otro tipo de tratamiento (lo cual, aunque no es lo mismo que dejar morir, por la gravedad de la enfermedad, en muchos casos significaba la muerte). Esta pandemia la podemos pensar desde alguna teoría de justicia distributiva en materia de salud: “[...] la posibilidad que tenemos de identificar tanto a aquellos individuos indicados para recibir ciertos bienes o beneficios como a los que tienen la obligación de proporcionarla” (Dieterlen, 2015: 15).

Para Dieterlen, las teorías de la justicia deben considerar tres elementos fundamentales: a) los sujetos (quién recibe el beneficio y quién lo proporciona); b) los objetos a distribuir (por ejemplo, la salud y su protección); 3) los criterios de distribución (Dieterlen, 2015). La forma, alcance y funcionamiento de una teoría de la justicia dependerá de, al menos, cómo concibamos estos tres elementos.

Desde un enfoque pluralista, como el de la sindemia, será difícil establecer de antemano e independientemente del escenario particular cualquiera de estos tres elementos, pues es necesario estudiar las interacciones específicas (por ejemplo, mediante la antropología médica) entre factores biomédicos, sociales, culturales y económicos, para ser capaces de definir a quién le corresponde qué, de acuerdo con qué criterios. Esto contrasta profundamente con los enfoques derivados de la Teoría de la Justicia de Rawls, como el de Norman Daniels, para quien las metas de las políticas de salud pública deben dirigirse a mantener o restaurar aquellos elementos, condiciones o servicios que promuevan la satisfacción de necesidades requeridas para el funcionamiento normal del sujeto en cuanto miembro de una especie natural (Dieterlen, 2015). Estas necesidades, según Daniels, son objetivamente atribuibles (*ascribable*) siempre y cuando podamos especificar en qué consiste el funcionamiento típico de la especie (Daniels, 2008). Desde esta perspectiva, al menos el *qué* distribuir estaría determinado *a priori* por dichas necesidades objetivamente atribuibles.

Como veremos, el diseño de campañas de inmunización y de estrategias de combate a la resistencia a la vacunación variarán considerablemente dependiendo del enfoque que adoptemos. Afirmamos que un enfoque con pretensiones de universalidad fallará en tomar en cuenta determinantes relevantes para el éxito de este tipo de estrategias, pues no considerará las divergencias en cuanto a representaciones sociales de la salud y de la ciencia contextualmente específicas, imaginarios colectivos, culturas locales de vacunación, formas de institucionalización de los servicios de salud, experiencias pasadas de vacunación y/o relaciones de opresión o dominación interseccionalmente agrupadas que profundizan situaciones de vulnerabilidad y solidifican narrativas de suspicacia hacia las instituciones.

3. El concepto de Sindemia

A pesar de que el concepto de *sindemia* existe desde mediados de la década de los 1990s, el neologismo cobró notoriedad durante la pandemia de COVID-19 cuando Richard Horton (2020), de manera provocativa, titula un artículo en *The Lancet* “El COVID-19 no es una pandemia”, sino una sindemia. Horton sostiene que un enfoque puramente biomédico o epidemiológico para cortar las vías de transmisión viral y controlar la dispersión del contagio fracasará si no toma en consideración los contextos de disparidad social y económica que exacerbaban los efectos adversos de la interacción de COVID-19 con otras enfermedades, incluyendo las mentales y las no contagiosas que, en países pobres, constituyen la mayor parte de la carga de enfermedad. El enfoque sindémico —que debe abarcar problemas de empleo, educación, vivienda, alimentación y ambientales— exigiría el diseño de políticas y programas para revertir estas profundas disparidades ante la enfermedad.

Este neologismo se forma de otros dos conceptos: *sinergia*, el efecto producido por el trabajo de dos o más agentes, mayor que la simple suma de los efectos que tendrían cada uno por su cuenta; y *demic*, que deriva de *demos* (pueblo o población), que encontramos en la construcción de las palabras *pandemia*, *epidemia* y *endémico* (Singer, 2009). El concepto de sindemia, así, nos sirve para indicar cómo dos o más enfermedades epidémicas interactúan de manera adversa, afectando mutuamente su trayectoria (*The Lancet*, 2017: Editorial). Pero esto podría ser explicado por un enfoque de comorbilidades. Abordar estas interacciones sindémicamente implica atender los efectos de factores no biomédicos (políticos, sociales, culturales, ecológicos) para la agrupación de distintos tipos de enfermedades (Mendelhall, 2017). El enfoque sindémico, siendo un enfoque biosocial (Singer, *et al*, 2017), es relevante en tanto implica un cambio en la forma como pensamos las patologías, lo cual tendrá importantes repercusiones en el diseño de políticas de salud pública. Una perspectiva sindémica va más allá de la consideración de las comorbilidades como factor en la producción de la salud humana, pues también incluye un enfoque que toma en consideración las disparidades sociales en cuestiones de salud y las condiciones sociales que las reproducen (Singer, 2009).

Desde este enfoque, el organismo no es considerado como una unidad cerrada y autocontenida que es invadida por agentes externos, sino que se lo integra en procesos y relaciones sinérgicos entre condiciones sociales de injusticia e inequidad, condiciones ambientales de degradación, contaminación y exposición a sustancias tóxicas, institucionalización de servicios de salud, educación y demás, y prácticas culturales, los cuales contribuyen a la agrupación e interacción adversa de enfermedades (Singer, 2009). Así, la perspectiva sindémica presta atención a la reproducción de vulnerabilidades de ciertos individuos o grupos que sufren

de estigmatización (por su condición social o por padecer alguna enfermedad, como las enfermedades mentales o las adicciones), viven en condiciones de inequidad estructural, marginación social o violencia (con la consecuente ausencia de acceso a servicios educativos, sociales o de salud), o que padecen las consecuencias de la invisibilización o falta de reconocimiento de su identidad (cultural, de género, etc.). La enfermedad se entiende como multicausal: el agente de la enfermedad no es causa única, por lo que el tratamiento no puede reducirse a combatir el patógeno, sino que tiene que ocuparse de las determinantes socioculturales, políticas, económicas y ambientales en que se origina la enfermedad (Singer, 2009; Singer, *et al*, 2017).

Ahora, el enfoque sindémico no pretende sustituir al de salud pública, ni proporcionar una alternativa paralela. Por el contrario, y como deja en claro Merrill Singer (2009), *el enfoque sindémico es un enfoque de salud pública* que pone de relieve las determinantes biosociales de contextos específicos y concretos en la agrupación (*clustering*) de enfermedades. La perspectiva sindémica complementa la de la salud pública, poniendo énfasis en que, más allá del control epidémico, su misión es mejorar la salud, entendida ésta no sólo como ausencia de enfermedad, sino como bienestar físico, mental y social. Como vemos, el concepto de Salud Pública, que tiene un enfoque sobre poblaciones —definidas geográfica, geopolíticamente o de acuerdo con características o identidades compartidas por sus miembros—, ya considera que las circunstancias sociales pueden ser patogénicas. De acuerdo con Shultz, Sullivan y Galea (2021), podemos entenderlo como un esfuerzo colectivo para estudiar las condiciones que dan forma a la distribución de salud en y entre poblaciones, para la producción proactiva de la salud. Este enfoque ha estructurado un marco para comprender la producción de salud fundamentado en:

- (a) Un modelo eco-social (multinivel): la salud se produce a través de una variedad de niveles que van de lo individual a lo estatal, pasando por la familia, las redes sociales, el vecindario, municipio, pueblo o ciudad.¹
- (b) Perspectiva del transcurso de la vida (*life course*): la salud es un proceso que transcurre a lo largo de la vida y no un evento puntual. Las determinantes socioeconómicas de la salud se traducen en una acumulación de riesgo a lo largo de la vida.

¹ En el caso de la pandemia de COVID-19, este enfoque trasciende al Estado y plantea la necesidad de una integración global para la atención a la salud. La iniciativa COVAX fue un intento de integrar un esquema de cooperación internacional para un acceso justo y equitativo a la salud. Lamentablemente, las farmacéuticas transnacionales —que se rehusaron a liberar las patentes de las vacunas— prefirieron un esquema de ganancia que fomentó la competencia nacionalista entre países ricos para la adquisición y acaparamiento de dosis. Una lástima, pues hemos perdido una gran oportunidad de constituir esquemas de cooperación internacional en materia de salud.

Entonces, si el concepto de Salud Pública ya integra las determinantes sociales de la enfermedad, ¿qué aporta el enfoque sindémico?

Nos parece que, aunque es verdad que el *demos* al que se refiere el concepto *sindemia* es difícil de precisar en su extensión, cuando vemos el tipo de casos que han sido descritos como sindemias queda claro que éste es un enfoque que va de lo endémico a lo epidémico. Singer (2009) nos da varios ejemplos, entre los que encontramos:

(1) Abuso de sustancia, violencia y SIDA (SAVA, por sus siglas en inglés): se describen tres condiciones estrechamente vinculadas que coexisten en espacios de bajos ingresos en los Estados Unidos. En ellos, se relaciona la propagación del VIH con otras condiciones epidémicas (tuberculosis, hepatitis, cirrosis, mortalidad infantil, otras enfermedades venéreas, depresión, suicidio, homicidio, abuso infantil, etcétera), conductas de riesgo (abuso de drogas, prácticas sexuales de riesgo) y un conjunto de factores sociales, políticos y económicos que influyen y profundizan la gravedad de las enfermedades (desempleo, pobreza, carencia de vivienda, fractura de redes de apoyo social, inequidades sociales y étnicas, etcétera) (Singer, *et al*, 2017; Singer, 2009).

(2) Violencia, migración, depresión, diabetes tipo 2 y abuso doméstico (VIDDA, por sus siglas en inglés): en grupos de mujeres mexicanas migrantes a los Estados Unidos se observó que estos factores se exacerbaban mutuamente. Este caso muestra cómo el acceso inequitativo a recursos de salud entre grupos concretos (marcados por el género, la raza o la etnia, el nivel socioeconómico, etcétera) exacerbaban los efectos adversos de la interacción y agrupamiento de enfermedades (Singer, *et al*, 2017; Singer, 2009).

Los casos que generalmente se describen tienen una extensión endémica-epidémica, por lo que podemos pensar que el enfoque sindémico es local o regional. Así se interpreta en la Editorial de *The Lancet* (2017) sobre el concepto de sindemia, el cual se entiende como epidemia sinérgica (*synergistic epidemic*). En su artículo sobre COVID-19, Horton (2020) parece confundir el alcance del concepto de sindemia al interpretarlo como la fusión entre sindemia y pandemia y darle un alcance continental o global. En sentido contrario, nos parece que la pandemia de COVID-19 podría ser interpretada, en lugar de como *una* sindemia, como muchas, pues, aunque es verdad que es un fenómeno global que nos pone en riesgo a todos, *tiene expresiones patológicas diferenciadas en contextos específicos*.

¿Es de utilidad este enfoque plural como complemento del concepto de Salud Pública? ¿No es reiterativo al enfatizar las determinantes sociales? ¿Es posible que obstruya la implementación de políticas de salud de amplio alcance, al centrarse en contextos particulares locales o regionales?

Como mencionamos arriba, la perspectiva de la sindemia es complemento y no sustituto del enfoque de salud pública, el cual tiene un alcance mayor al ser su finalidad la formulación e implementación de políticas de salud pública de alcance universal. Nos parece que la falta de consideración de las determinantes sociales específicas de contextos concretos podría implicar el fracaso en la implementación estratégica de dichas políticas, pues, al no tomar en cuenta las situaciones de inequidad, violencia, marginación, etcétera, no sería capaz de diseñar medidas específicas para contrarrestar, mediante efectos contrasindémicos (Singer, *et al*, 2017), las interacciones biosociales negativas.

No obstante —y antes de abordar cómo el enfoque sindémico puede ser pertinente para enfrentar el problema de la resistencia a la vacunación—, es necesario volver a preguntarnos si los efectos de reforzamiento negativo entre factores biomédicos y sociales no serían mejor abordados desde un enfoque general que proporcione criterios que guíen la práctica médica en contextos diferentes y cuya validez no dependa de la particularidad contextual. Desde la perspectiva de la Teoría de la Justicia de John Rawls, la abstracción de los contextos específicos de los sujetos es indispensable para evitar que los criterios de distribución de derechos y oportunidades carguen con algún sesgo que reproduzca estructuras o relaciones inequitativas. Así, debemos considerar si una teoría de la justicia en materia de salud, la cual proporcione principios imparciales (no contextuales) de distribución y acceso a la salud, logra tratar con las determinantes socioeconómicas de la salud de mejor manera que el enfoque sindémico, que más enfatiza la diferencia

4. La Teoría de la Justicia de John Rawls

La reflexión de Rawls parte del reconocimiento de que el funcionamiento de las sociedades y la distribución de derechos y oportunidades son innegablemente injustos, más cuando dependen de posición socioeconómica, ventajas físicas, color de piel, género o identidad cultural. Estas determinantes (azarosas en tanto anteriores a los individuos que se encuentran en ellas insertos) dan ventajas inmerecidas a unos mientras ponen a otros en situaciones de estancamiento social y vulnerabilidad. Para vivir en una sociedad justa, es necesario encontrar una forma de asociación en la que “[...] nadie esté colocado en una posición ventajosa o desventajosa por la fortuna natural o por las circunstancias sociales [...]” (Rawls, 2002: 30), pero Rawls reconoce que los individuos no estarán dispuestos sin más a renunciar a su situación de privilegio en beneficio de otros.

Rawls busca encontrar un “punto arquimédico” en la reflexión sobre justicia, el cual nos permita “[...] contemplar nuestros objetivos desde lejos [...]” (Rawls, 2002: 33). Esto implica que

los principios a los que lleguemos no deben derivar de la consideración de casos particulares, de manera que den ventaja a alguna posición, interés o forma de vida. Así, la reflexión parte de un experimento mental: preguntarnos sobre los principios de justicia que aceptaríamos en una deliberación si desconociéramos ciertos aspectos de nuestra propia vida o de nosotros mismos (Mulhall y Swift, 1996).

Así, Rawls afirma que pensar en la justicia implica pensar en un “acuerdo general” hipotético que podría ser aceptado por cualquier persona libre y racional —interesada en promover sus intereses al definir los términos fundamentales de asociación— en una posición original de igualdad. En ella, para alcanzar un concepto de justicia imparcial y universalizable, es necesario que nadie sepa “[...] cuál es su lugar en la sociedad, su posición, clase o status social” (Rawls, 2002: 25), sus ventajas y capacidades naturales, inteligencia o fortalezas. Es lo que Rawls llama “velo de la ignorancia”. Este experimento teórico nos dice que, al deliberar acerca de cuestiones de justicia, dichas consideraciones no deben ser tomadas en cuenta (Mulhall y Swift, 1996).

Estas dos ideas persiguen el objetivo de representar o imitar, en la medida de lo posible, la igualdad entre seres humanos como personas morales capaces de tomar decisiones con base en lo que consideran bueno para sí mismas. La deliberación en dicha posición original de ignorancia de status socioeconómico, ventajas físicas, concepciones del Bien y demás, llevará a obtener dos principios de Justicia que toda persona racional preocupada por sus propios intereses aceptaría (elección racional):

Primero: Cada persona ha de tener un derecho igual al esquema más extenso de libertades básicas que sea compatible con un esquema semejante de libertades para los demás. Segundo: Las desigualdades sociales y económicas habrán de ser conformadas de modo tal que a la vez que: a) se espere razonablemente que sean ventajosas para todos, b) se vinculen a empleos y cargos asequibles para todos (Rawls, 2002: 67 y 68).

Cada principio salvaguarda una de dos condiciones dadas en la deliberación primera (la posición original teórica). El primero salvaguarda un sistema de libertades básicas que aseguran autonomía para elegir libremente y de manera racional la forma de vida, de acuerdo con los propios intereses del individuo. El segundo garantiza la igualdad entre los sujetos y postula que las desigualdades sociales, si existen, sólo pueden tolerarse en tanto redunden en beneficio de todos o de los menos aventajados. Es el famoso principio de diferencia (Rawls, 2002).

Rawls aclara, repetidamente, que “[e]l objeto primario de los principios de justicia social es la estructura básica de la sociedad, la disposición de las instituciones sociales más importantes en un esquema de cooperación” (Rawls, 2002: 62). Podría ser esclarecedor abordar la cuestión de acuerdo con los elementos que establece Dieterlen (2015) para una teoría de la justicia: 1. qué se

distribuye; 2. quién proporciona el beneficio y quién lo recibe; 3. con base en qué criterios y qué procedimiento.

(1) Una estructura básica justa distribuye bienes primarios entre individuos representativos, de acuerdo con los principios de justicia. Los bienes primarios —“[...] las cosas que se supone que un hombre (sic) racional quiere tener [...]” (Rawls, 2002: 95) para asegurar en general el éxito en la realización de su sistema de fines, cualesquiera que éstos sean— son definidos y regulados por las principales instituciones de la estructura básica y son entendidos como medios necesarios para la consecución de un plan de vida racional. Estos bienes son: derechos, oportunidades, libertades y poderes, ingresos y riquezas y sentido del propio valor. El principio de diferencia exige que podamos identificar al individuo representativo menos aventajado para poder juzgar el sistema social como justo o injusto en función de las expectativas de acceso a los bienes primarios de esta posición. En cuanto a la salud, aunque Rawls sí la considera dentro de la lista de los bienes primarios, la clasifica como un bien natural, lo que significa que, “[...] aunque su posesión se vea influida por la estructura básica, no está directamente bajo su control” (Rawls, 2002: 69).

(2) Aquí debemos hacer una división más, entre quién define las reglas de distribución y regulación de los bienes primarios de la estructura básica, es decir, las instituciones; y quiénes son los beneficiarios de esta distribución de bienes sociales, a saber, los individuos representativos:

(a) Los principios de justicia que gobiernan la asignación de derechos y deberes se aplican en formas institucionales. Es decir, los principios de justicia no son principios aplicables a los individuos en circunstancias particulares, sino principios para las instituciones sociales, entendidas como “[...] sistema público de reglas que definen cargos y posiciones con sus derechos y deberes, poderes e inmunidades, etc.” (Rawls, 2002: 62). Las instituciones serán justas o injustas dependiendo de si su sistema de reglas es congruente con los principios de justicia, si su realización se da de acuerdo con dichas reglas públicas y si son administradas de forma imparcial por los funcionarios.

(b) Ninguno de los principios de justicia (que regulan los acuerdos institucionales básicos) se aplica a individuos particulares identificables, sino a individuos representativos “[...] cuyas expectativas habrán de estimarse por medio de un índice de bienes primarios” (Rawls, 2002: 88). La justicia como imparcialidad no requiere enfocarse en circunstancias particulares específicas, que pueden variar hasta el infinito, ni en las posiciones relativas de las personas particulares. Para juzgar desde un punto de vista general, se requiere hacer caso omiso de mucha de la información de la vida diaria de

las personas: “No podemos exponer una teoría coherente y manejable si hemos de dar cuenta de tal multiplicidad de posiciones; sería imposible juzgar tantas demandas competitivas” (Rawls, 2002: 98). Hay que adoptar la posición de ciertos individuos representativos; por ejemplo, considerar qué combinación o índice de bienes sería racional que prefiriese el individuo representativo de la situación más desfavorable. El problema de definir de forma pertinente estas posiciones significa identificar ciertas posiciones como básicas (y otras no tanto) para juzgar al sistema social como justo o injusto. Dar prioridad a estas posiciones evita caer en el caos de una pluralidad inmanejable de demandas competitivas.

- (3) Lo anterior es coherente con la exigencia de que la justicia como imparcialidad no sea una justicia asignativa (en la que un conjunto de bienes definidos se divide entre individuos concretos cuyas necesidades y deseos conocemos), sino una justicia puramente procesal. Los criterios de distribución de los bienes primarios, derivados de los principios de justicia y su relación jerárquica (prioridad del primer principio sobre el segundo), se constituyen en normas independientes que garantizan un procedimiento justo o imparcial. De acuerdo con esto, observar debidamente el procedimiento garantiza que el resultado, sea el que fuere, sea correcto o imparcial. Para asegurar que se tiene un procedimiento justo, entonces, es requisito el establecimiento y administración imparcial de un sistema justo de instituciones.

Teniendo en cuenta estos componentes de la Teoría de la Justicia de Rawls, consideremos la forma en que Norman Daniels ha pensado su teoría de la justicia en salud. Como mencionamos, las fortalezas de la primera podrán verse reproducidas en la segunda, pero también sus flaquezas.

5. Una teoría de la justicia en salud: Norman Daniels

De acuerdo con el bioeticista Norman Daniels, “[u]na teoría de la justicia y la salud nos debe indicar qué nos debemos los unos a los otros en la protección y la promoción de la salud” (Daniels, 2008:12; nuestra traducción). En este sentido, y para responder a la cuestión de cuándo son injustas las desigualdades en materia de salud, es importante plantearse cómo satisfacer necesidades de salud equitativamente con recursos limitados, qué relación guarda la satisfacción de la salud con otras metas de la justicia (por ejemplo, la distribución de oportunidades) y cuándo son aceptables las desigualdades en materia de salud (Daniels, 2008). Vemos que esta teoría de justicia y salud deriva, en específico, de una interpretación del principio de diferencia de Rawls.

Daniels pregunta: “¿Cuál es la importancia moral especial de la salud y de la atención a la salud?” (Daniels, 2008: 2). Responder esto dar fundamento a la obligación social de promover y

distribuir de forma justa la salud de la población. Contundentemente, Daniels afirma que la salud tiene una importancia moral especial en tanto impacta o afecta el rango de oportunidades efectivamente disponibles que podemos ejercer. Así como existe una obligación social de proveer una justa equidad de oportunidades para todos, existe también la obligación social de *promover y distribuir equitativamente el funcionamiento normal*, diseñando adecuadamente nuestras instituciones de salud: “Fallar en la promoción de la salud en una población, esto es, fallar en la promoción del funcionamiento normal en ella, es fallar en la protección de las oportunidades o capacidades de las personas para funcionar como ciudadanos libres e iguales” (Daniels, 2008: 14).

En consonancia con Rawls, Daniels considera a la salud como un bien natural, pero uno cuya distribución está afectada por factores socialmente controlables. La salud, afirma, es la ausencia de patologías mentales o físicas, es decir, lo que él denomina “funcionamiento normal”. Daniels intenta responder de qué manera la satisfacción de necesidades de salud conecta con otras metas de la justicia. Así, es indispensable evaluar también las determinantes no biomédicas de la salud: índices de ingreso o riqueza, educación, participación política y distribución de derechos, cargos y oportunidades (Daniels, 2008). Estos bienes sociales, generalmente, están inequitativamente distribuidos entre diferentes subgrupos diferenciados por la raza, la etnicidad, el género, la clase, etcétera.

Por ello, es necesario mitigar o reducir el impacto de estas inequidades dependientes de factores socialmente controlables, a través de políticas sociales de atención médica y seguridad social, políticas de salud pública y de distribución de otro tipo de bienes sociales, las cuales derivan de una interpretación de los principios de justicia de Rawls. Entonces, las desigualdades en salud serán consideradas injustas cuando resultan de una injusta distribución de estos factores socialmente controlables que afectan negativamente la salud de la población. Por el contrario, las desigualdades que permanecen una vez realizada la justa distribución de estos factores o bienes sociales se considerarán desigualdades aceptables desde el punto de vista de la justicia. Esto significa no sólo que la salud es beneficiosa para la justicia social, sino que la justicia social (la justicia como imparcialidad procesal) es benéfica para la salud poblacional

En consecuencia, la atención a la salud va más allá de acceso a servicios de atención médica o, incluso, de políticas de salud pública para la población. La promoción de la salud tiene que ver con el diseño de políticas distributivas equitativa de bienes y oportunidades —educación, vivienda, trabajo, riqueza, sentido de pertenencia, participación política, etcétera— entre diferentes grupos, a través de políticas sociales y prácticas que caen fuera del ámbito médico y cuyo fin es limitar o mitigar los efectos cumulativos que las inequidades sociales tienen sobre la salud, a lo largo de la vida.

Las inequidades agrupadas a través de diversos grupos sociales podrían visualizarse mediante un “gradiente social de la salud” (Daniels, 2008: 22), el cual variará de un país a otro, siendo más plano o más pronunciado dependiendo de la distribución de esos otros factores sociales que hemos mencionado. Al considerar la forma en que estas inequidades se agrupan en diferentes contextos, Daniels pone atención no sólo en el ingreso nacional de las naciones como determinante de los gradientes sociales de la salud, sino más bien en el tipo de políticas sociales que se han implementado y que afectan los resultados en cuestión de salud.

A diferencia del enfoque sindémico, Daniels piensa que, para atender las necesidades de salud de manera justa en un escenario en que los recursos son escasos (una gran mayoría de las veces) y en el que existe un desacuerdo moral razonable sobre qué significa tratar a las personas de manera justa (cuando carecemos de consenso sobre los principios para resolver demandas conflictivas, como el caso de la pandemia de COVID-19) se debe recurrir a un proceso deliberativo imparcial o a lo que Rawls llama justicia puramente procesal: la justicia puramente procesal “[...] se da cuando no hay un criterio independiente para el resultado debido; en su lugar existe un procedimiento justo o imparcial tal que el resultado sea igualmente correcto o imparcial [...]” (Rawls, 2002: 90), sea cual sea. Aunque no se puede asegurar que un estado de cosas resultante sea justo por haberse seguido de un proceso imparcial, ante la falta de criterios independientes para establecer que un resultado es justo, si un proceso satisface ciertas condiciones² al menos obtenemos un resultado imparcial y se hace a los tomadores de decisiones responsables de la decisión tomada.

Daniels es consciente de que la teoría de la justicia trabaja en contextos ideales que rara vez responden a la complejidad de contextos específicos. Sin embargo, comparte la visión de Rawls de que no es adecuado abordar cada demanda particular en sus especificidades, sino que necesitamos principios de aplicación general que nos puedan ayudar a resolver los casos complicados entre individuos representativos (no concretos). Daniels toma los principios de justicia como guía que proporcione criterios a los tomadores de decisiones y legislaturas para el diseño de políticas sociales. Así, de acuerdo con lo que Rawls llama la “conexión en cadena” (Rawls, 2002: 85-87), Daniels interpreta el principio de diferencia aplicado a la salud como implicando que, al diseñar políticas de distribución de bienes sociales y oportunidades, se debe tomar en cuenta, primordialmente, las necesidades de salud de los individuos representativos de la

² “[...] publicidad de las justificaciones, búsqueda de razones relevantes adecuadamente examinadas por aquéllos que son afectados por las decisiones, oportunidad de revisar las decisiones a la luz de nueva evidencia o argumentos [...]” (Daniels, 2008: 25) y aplicación uniforme del procedimiento.

posición más desaventajada, suponiendo que de esta forma se beneficia también a los individuos representativos de la siguiente posición en desventaja, y así sucesivamente.

6. Algunas críticas a la Teoría de la Justicia

Son conocidas las críticas de los comunitaristas a la Teoría de la justicia de John Rawls, en el sentido de que “[r]azonar sobre cuestiones morales es siempre razonar con alguien” (Taylor, 1994: 68), en contextos situados en los que reconocemos interlocutores en los “otros significativos”. Este carácter dialógico de la vida humana contrasta en sus fundamentos con el ejercicio de razón estratégica e individual de la posición original y el velo de la ignorancia. En este diálogo, *con* y a veces *en contra* de los otros, construimos nuestra identidad a través de la adquisición de lenguajes significativos, culturalmente determinados, en los cuales encontramos marcos morales de sentido con los cuales evaluamos qué tiene (y qué no) valor para nosotros (Taylor, 1994).

Menos conocidas son las críticas al paradigma distributivo, según el cual la justicia consiste en la distribución de bienes hasta cierto punto intercambiables, los cuales adquieren, de esta manera, la forma de mercancías (Young, 1990). Nos parece que, si bien la justicia innegablemente tiene componentes distributivos, no todas las cuestiones de injusticia pueden abordarse desde estrategias de distribución.

La interpretación de la Teoría de la Justicia que hace Daniels para cuestiones de salud comparte fortalezas y defectos con la propuesta rawlsiana, por lo que estas dos críticas parecen afectar profundamente la propuesta del bioeticista. Veamos.

La crítica comunitarista a la teoría de Rawls se levanta, principalmente, contra la idea de que las personas sean diferentes de sus fines y que los fines estén separados de sus concepciones sobre qué es un bien, los cuales en la teoría liberal se entienden como medio para otra cosa. La concepción de la persona de la teoría de la justicia de Rawls, desde esta perspectiva, es la de una persona vacía y descontextualizada que no podría razonar sobre cuestiones morales por carecer de los criterios de valoración que proporciona la pertenencia a un grupo que comparte lenguajes significativos y marcos de sentido. Sin estos marcos, no sería posible siquiera decir que algo es un bien, pues careceríamos de la posibilidad de emitir juicios de valor (Taylor, 1994).

La teoría de Rawls considera como interés de orden superior el que se conciba a la persona como separada de sus propias concepciones del bien, pues es el hecho de ser elegido lo que proporciona un valor a algo, y no alguna característica intrínseca de la cosa (Mulhall y Swift, 1996). Para Michael Sandel (1998), esto significa que el “yo” es concebido como un sujeto posesivo que

al poseer se distancia de sus fines, a la vez que se relaciona en cierta forma con ellos. Este yo racional se caracteriza por su capacidad de elegir, por lo que es anterior a sus fines, es fundamento de valoración (fulcro arquimédico) que establece una relación posesivo-instrumental con su entorno. Es la herencia cartesiana de un yo des-incorporado (*disembodied*). Desde la perspectiva del comunitarismo, concebir a la persona como separada de sus concepciones del bien es verla como una sombra de una persona real. Si tenemos en cuenta que Rawls está pensando en individuos representativos y no en personas concretas, ¿no podríamos suponer que hay algo que se escapa, que esta forma de proceder no corresponde con nuestra experiencia moral?

En sentido contrario a la propuesta de Rawls, la teoría de los bienes de Michael Walzer (1983) parte de una consideración particularista, en la cual no se toma distancia del mundo social desde el que se razona y se trata de dar cuenta del mundo de significados compartidos en el que se vive. Desde ahí, Walzer elabora una teoría pluralista de los bienes opuesta a la idea de que hay bienes primarios o naturales que cualquier sujeto racional desearía tener, y que estos bienes se valoran sólo en tanto medios para alcanzar los fines de los sujetos, cualesquiera que ellos sean. Walzer considera que los bienes son constituidos y valorados de diferentes maneras en sociedades diferentes (son socialmente determinados) y que las formas de distribución de estos bienes cambian dependiendo de criterios o razones particulares, lo que permite a determinados grupos que poseen un bien dominante (un bien que permite el acceso a otros bienes de una esfera distinta) dominar a otros en un momento dado. En tanto los bienes tienen significados que definen qué son y para qué son, se constituyen en el medio crucial de las relaciones sociales.

Así, podemos comprender que la dominación está mediada por la posesión y control de un cierto conjunto de bienes sociales dominantes y la tiranización de otros ámbitos por este conjunto de bienes particular. Cada conjunto de bienes, piensa Walzer, constituye una esfera autónoma que no debería invadir o tiranizar a otra. En ese sentido es que podríamos cuestionar los intentos de privatizar los servicios de salud, en tanto se considera a la salud como una mercancía capitalizable. Así, el capital —en su forma de “comprar para vender”, por la que la inversión en algún ámbito sólo tiene sentido en tanto pueda *capitalizarse*, es decir, ser vendido posteriormente con ganancia de dinero— ha tiranizado el ámbito de la salud (y de la educación, de la vivienda, del combate a la marginación, etcétera) y lo ha subordinado, violando su autonomía. La concepción de equidad de Walzer va más allá de la distribución equitativa de bienes intercambiables. En ella, lo importante es que ninguna clase de bienes (capital, riqueza, educación, linaje, gracia divina, poder político o cualquiera otra) tiranice el ámbito de otra clase, imponiéndole criterios y dinámicas de distribución ajenas al significado incorporado al conjunto de bienes tiranizado.

Iris Marion Young (1990) retomará la tesis pluralista de Walzer y su crítica a los paradigmas distributivos para señalar que los significados de los bienes que valoramos y las dinámicas y

critérios de distribuci3n son manifestaci3n de relaciones sociales estructurales, por lo que es m1s apropiado criticar las estructuras de dominaci3n que la mera distribuci3n de un bien dominante. Sin embargo, ella va a1n m1s all1 al dejar de considerar la justicia s3lo como un problema de distribuci3n de cargas y oportunidades o de restricci3n de la tiranizaci3n de un conjunto de bienes por los criterios distributivos de otro. Para ella, *la justicia tiene que ver con relaciones entre grupos y con la eliminaci3n de la dominaci3n y opresi3n estructurales e institucionales*.

Concebir la justicia s3lo desde el paradigma distributivo conlleva dos problemas: a) plantea la justicia como la distribuci3n de bienes materiales como cosas, salarios o riqueza, o como la distribuci3n de posiciones sociales como trabajos; b) cuando extiende metaf3ricamente la distribuci3n a bienes no-materiales, esa misma met1fora hace que dichos bienes se representen como si fueran cosas est1ticas, en lugar de entenderlos como *funciones de relaciones sociales y como procesos*. As1, el paradigma distributivo “[...] tiende a obscurecer el contexto institucional dentro del cual esas distribuciones tuvieron lugar, y que es constantemente al menos en parte la causa de patrones de distribuci3n de trabajos o riqueza” (Young, 1990: 22). Desde el paradigma distributivo, se entiende el contexto institucional desde la alegor1a del mercado, como “modo de producci3n” de bienes, dejando fuera de la consideraci3n las estructuras, pr1cticas, normas, lenguajes y s1mbolos que regulan las interacciones sociales en las diferentes instituciones (estado, familia, sociedad civil, 1mbito laboral, etc1tera).

El paradigma distributivo no puede dar cuenta de la manera en que estos elementos condicionan la posibilidad de las personas para determinar sus acciones y desarrollar sus capacidades, puesto que reifica aspectos de la vida social que son mejor comprendidos como funciones de relaciones sociales, no como cosas a distribuir. Por ejemplo, el goce de derechos, seg1n la fil3sofa, se comprende mejor como relaciones definidas por reglas institucionales que especifican lo que las personas pueden hacer respecto a los otros, que como posesiones de individuos. Algo similar se puede decir respecto a las oportunidades (un concepto de posibilidad de acci3n, m1s que de posesi3n) y al sentido del propio cuidado (*self-respect*). La evaluaci3n sobre la justicia en una sociedad determinada, que siempre es particular e hist3rica, debe ser cr1tica de la estructura social y no s3lo de la cantidad de bienes distribuidos.

Young, en contraste con una concepci3n de las personas como poseedoras, se pronuncia en favor de una concepci3n de los individuos como “hacedores y actores” (Young, 1990: 36), lo cual le permite se1alar cu1les son las din1micas de la opresi3n y la dominaci3n como formas de injusticia:

La opresi3n no es una relaci3n establecida entre individuos, sino un concepto estructural que se1ala una condici3n de grupos: “[...] la opresi3n designa las desventajas e injusticia que sufren ciertas personas, no porque un poder tir1nico las coaccione, sino debido a las pr1cticas

diarias de una sociedad liberal bien intencionada” (Young, 1990: 41). Las causas de la opresión provienen de normas sin cuestionar, hábitos y símbolos, es decir, se encuentran “[...] en las asunciones que subyacen a las reglas institucionales y en las consecuencias colectivas de seguir esas reglas” (Young; 1990: 41), cuya dinámica afecta a individuos particulares en tanto identificados con cierto grupo o categoría de personas a las que se ha asignado un rol determinado en una estructura y se las ha estigmatizado desde una caracterización estereotípica.

Ahora, la opresión es estructural porque se reproduce sistemáticamente por las instituciones económicas, políticas y culturales: “[...] la opresión se refiere a fenómenos estructurales que inmovilizan o hacen menos a un grupo” (Young, 1990: 42), entendiendo por “grupo” más que simple colectividad de personas: el grupo tiene que ver con la identidad de la gente perteneciente a él. Haciendo un análisis de estas relaciones de subordinación entre grupos, Young elabora una matriz para identificar cinco formas de opresión: explotación, marginación, falta de poder (*powerlessness*), imperialismo cultural y violencia.³ Aunque cada una de estas formas de opresión afecta a grupos diferentes y en manera distinta, la propuesta de Young rescata la teoría de la interseccionalidad. Así, diferentes grupos pueden sufrir diversos tipos de opresión a la vez y en ocasiones existen relaciones causales entre las formas de opresión.

La opresión puede verse acompañada de dominación, entendida ésta como las “[...] condiciones institucionales que inhiben a la gente para o le impiden participar en determinar sus acciones o las condiciones de sus acciones” (Young, 1990: 76). La racionalización procedimental, la burocratización, la disciplina y control experto de los sistemas tecnológicos y, en general, las instituciones que operan con reglas impersonales e “imparciales”, despolitizan a la sociedad al establecer los procedimientos y las finalidades de manera anticipada. Según Young, lo único que está en la mesa de negociación son los asuntos de distribución entre grupos plurales de interés, pero la organización y finalidad de la producción, las posiciones y los procedimientos para la toma de decisiones, así como los asuntos institucionales relevantes, no entran en la discusión. Desde esta perspectiva, la dominación se reproduce en tanto se ve al ciudadano como un “cliente-consumidor” que compite por ventajas y lealtades, pero que no puede cambiar la dinámica del “mercado” (Young, 1990: 67-74).

³ Por falta de espacio, no entraremos en la descripción detallada de cada una de estas formas de opresión. Remitimos, sin embargo, al segundo capítulo del fabuloso libro de Iris Marion Young, *Justicia and the Politics of Difference* (1990), para una descripción detallada de cada una de estas formas y sus formas de interacción interseccional.

7. Algunas críticas a Norman Daniels

Daniels, en una nota de su libro *Just Health* (2008: 14), se pronuncia contra de la visión de Walzer, quien afirma que una sociedad que ignorara la salud y favoreciera las metas espirituales no estaría actuando injustamente. Aunque nos parece que es importante retomar la idea de Daniels de que la salud tiene una importancia moral especial en tanto afecta el rango de oportunidades disponible, no podemos dejar de ver que, en sociedades diferentes, el concepto de salud tendrá matices y alcances distintos. La pregunta sobre qué se considera estar sano en una sociedad determinada no puede ser respondida apelando a la “normalidad”, pues esto podría significar una extrapolación de una concepción del bien particular (liberal, occidental, blanca, patriarcal y cristiana, por ejemplo) a una normativa universal.

Daniels, al igual que Rawls, considera que el diseño de políticas de salud pública, que debe fundamentarse éticamente en los principios de justicia, no puede considerar los contextos de grupos específicos. La vulnerabilidad de grupos en desventaja es tomada en cuenta únicamente en tanto individuos representativos de una posición (mujeres, personas con preferencias sexuales distintas, afrodescendientes, indígenas, discapacitados). Las legislaciones o las políticas a las que se llegue tras la deliberación regulan, *a priori*, la forma de distribución de recursos y de determinantes sociales de la salud, y se da atención a los casos particulares que surjan en la experiencia cotidiana a partir de un procedimiento imparcial cuya dinámica se ha decidido de antemano, de acuerdo con una cierta concepción de la justicia (racional, imparcial y universal).

El problema de esta postura es que, aunque se pretenda incluir una pluralidad de identidades, “yoes” o grupos mediante el recurso de la abstracción del contexto (sin dar prioridad a nadie y diseñando las políticas públicas libres de sesgos, imparcialmente), el razonamiento que prescinde de las determinantes contextuales “[...] remueve cualquier característica diferenciadora entre los individuos, y así asegura que todos razonarán desde idénticas asunciones y desde el mismo punto de vista universal” (Young, 1990: 101; sin subrayado en el original). Este tipo de posturas reduce la pluralidad de “yoes” o identidades y valida la unidad de un solo agente razonador impersonal, una razón solitaria auto-legisladora que, al no partir de ningún contexto situado, puede adoptar cualquier punto de vista para tomarlo en consideración.

Esta posición no sólo es imposible, sino que puede traducirse en formas de dominación al incorporarse en instituciones públicas. Es imposible porque razonar sobre cuestiones morales sustantivas, como las cuestiones de justicia,⁴ presupone hacerlo desde un contexto socio-histórico

⁴ Es verdad que Rawls (2002) hace una distinción entre lo bueno y lo correcto (*the good and the right*) y otorga prioridad a lo correcto sobre lo bueno. Pero él mismo admite que existe una débil teoría del bien en su concepción sobre lo

particular del cual derivar criterios y marcos de valoración moral sobre lo que es importante y lo que no. Entonces, los intentos por posicionar cualquier concepción de la justicia como imparcial, neutral o universal son, más bien, la auto-erección de un grupo hegemónico particular como representativo de la naturaleza humana, de la razón desinteresada o del punto de vista correcto. Así, al institucionalizar un punto de vista tal, supuestamente universal e imparcial, se despolitiza el funcionamiento y la estructura de un sistema de instituciones, generando dinámicas de dominación institucional como las descritas por Young.

Nos parece que la teoría de la justicia en salud de Daniels padece de estos defectos, pues se asume que el procedimentalismo puede dar cabida a todas las demandas de justicia contextuales a partir de una serie de principios acordados (¿por quién?) *a priori* y de su aplicación imparcial. A pesar de que Daniels pretende dar cuenta de la pluralidad de posiciones, recurriendo para ello a las determinantes sociales de la salud, las formas y criterios de distribución son definidas de acuerdo con individuos representativos de posiciones desaventajadas y, con ello, quedan más allá de la discusión pública.

En contraste, una perspectiva sindémica, al partir de contextos situados y dinámicas patogénicas concretas, puede dar cuenta de manera adecuada de los fenómenos estructurales e institucionales concretos que generan dinámicas de opresión y/o de dominación y que repercuten en la salud de individuos o grupos específicos. Al tomar como punto de partida las particularidades de un grupo en cuestión, no pueden dejar de considerarse las valoraciones específicas de los diferentes bienes, las relaciones sociales asociadas con ellos —que determinan cómo están siendo distribuidos— y las maneras en que estas dinámicas afectan la salud de un grupo en concreto y, consecuentemente, el rango de oportunidades disponibles (lo cual depende, hasta cierto punto, de qué significa estar sano en una sociedad específica).

El enfoque sindémico, al poner atención en las relaciones entre grupos, puede ir más allá del paradigma distributivo en salud: la salud, si bien depende en gran medida de la distribución de bienes y el acceso a servicios, puede estar siendo afectada por procesos de opresión estructural sistemáticamente reproducidos, o por formas de dominación institucional impersonal (burocratizada) que van más allá de la distribución de bienes sociales: es necesario transformar la dinámica estructural e institucional, lo cual significa politizar su constitución y los principios sobre los que se fundamenta su estructura y dinámica. Una postura distributiva, como la de

correcto (Rawls, 1996). Sostenemos que esta débil concepción del bien no es tan débil y, más bien, es una teoría sustantiva o comprensiva, en cuanto se sustenta en una determinada concepción ontológica de los sujetos y su relación con la comunidad, así como sobre qué se considera valioso en la vida de los sujetos. Lamentablemente, no es éste el espacio para defender esta postura.

Daniels, no logra ir más allá de la asignación impersonal de recursos y bienes a sujetos abstractos en situación de desventaja, y falla al intentar abrir oportunidades y promover el sentido del propio valor, pues los concibe como bienes a ser distribuidos en lugar de verlos como dependientes del funcionamiento vicioso de una estructura incuestionada.

Es por ello que el concepto de sindemia es considerado como un concepto biosocial de salud (Singer, *et al*, 2017) y por lo que Horton advierte, sobre la pandemia de COVID-19, que las sociedades no estarán seguras contra la enfermedad a menos que los gobiernos comiencen a diseñar programas y políticas para revertir las disparidades e inequidades profundas (Horton, 2020), lo que significa tomar una perspectiva sindémica.

8. Conclusiones: sindemias y resistencia a la vacunación

La resistencia a la vacunación tiende a explicarse desde el Modelo de Déficit del conocimiento (Goldenberg, 2016): el supuesto de que aquéllos que se oponen a vacunarse lo hacen por falta de conocimiento sobre el funcionamiento de las vacunas e ignorancia de los conceptos básicos de la ciencia. Desde este supuesto, lo único que se requeriría para combatir la resistencia a la vacunación es una buena campaña de comunicación científica, como las que la OMS ha llevado a cabo constantemente (WHO, 2015). Sin embargo, y como señala Lopera (2016), existen diferentes argumentos entre los renuentes a vacunarse, que van desde cuestiones relacionadas con la salud y el riesgo de sufrir efectos adversos tras ser vacunados, hasta concepciones sobre las funciones del Estado y el alcance de la libertad individual, argumentos religiosos y de otro tipo.

Proponemos separar este tipo de argumentos en epistémicos y ético-políticos. Entre los primeros, la argumentación gira alrededor de datos, estadísticas y evidencia empírica, por lo que es fácil desmontar un argumento contra la vacuna que trabaje alrededor de estos temas. La complicación proviene de los otros argumentos, pues tienen que ver con concepciones o creencias sobre el poder estatal y sus límites, concepciones sobre la persona y su propiedad, visiones sobre la utilización del poder político a través de campañas de salud, etc. Este tipo de argumentos son difíciles de desmontar recurriendo a contrastación con datos o hechos científicos.

Una de las razones probables por la que este tipo de argumentos es tan difícil de combatir es que están fundamentados en prácticas y concepciones profundamente arraigadas en marcos de sentido (Taylor, 1994) socialmente compartidos, en representaciones sociales (Araya, 2002) sobre ciencia y tecnología y sobre la naturaleza del poder político, sobre imaginarios colectivos cuyas raíces toman significados simbólicos profundos y difíciles de detectar, los cuales se relacionan con la dinámica no cuestionada de las relaciones opresivas entre grupos y con

estructuras institucionales que funcionan de forma cuasi-automática. Este tipo de relaciones entre grupos e instituciones —y las experiencias pasadas de estos grupos con los servicios y autoridades de salud, incluyendo campañas de vacunación; por ejemplo, lo ocurrido en las campañas de la OMS para erradicar la viruela en la India y Bangladesh, en las que la vacunación forzada generó resistencia a la vacunación a mediano y largo plazo (Greenough, 1995)— puede influir negativa o positivamente en las culturas locales de vacunación, como han mostrado Streefland, *et al* (1999). Así, el tipo de argumentos ético-políticos va más allá de lo que puede dar cuenta una visión biomédica o epidemiológica de la salud, pues hemos mostrado que se conectan con factores socioeconómicos, culturales y políticos que es necesario hacer explícitos para poder abordarlos.

En tanto medida de intervención para la promoción de la salud, las campañas de vacunación son pieza fundamental de cualquier sistema de políticas de salud pública. Así, el rechazo a la vacunación constituye un problema que ha preocupado a las autoridades sanitarias a nivel global, por lo que el diseño de campañas de vacunación debe tomarse muy en serio las determinantes sociales que pudieran estar afectando la aceptación de la vacuna. A la vez, las estrategias para lograr una vacunación completa —que pueden ir desde la persuasión hasta la vacunación forzada, pasando por la restricción de servicios y acceso a lugares públicos a no vacunados o la legalización de la obligación a vacunarse— serán dependientes del contexto para lograr eficiencia a corto plazo (detener la cadena de contagios), pero también a mediano y largo plazo (generar aceptación o rechazo de campañas de vacunación futuras). También es indispensable considerar las afectaciones que ciertas medidas coercitivas podrían tener sobre poblaciones o grupos que ya se encuentran en situación de vulnerabilidad. Olmos Pérez lo plantea de la siguiente forma:

¿Sería justificable emplear recursos públicos para castigar o restringir libertades a personas que no accedan a vacunarse? ¿Sería justo utilizar fuerza estatal contra poblaciones que ya enfrentan mayor vigilancia y que han tenido experiencias negativas con el sistema de justicia y/o han sido víctimas de violencia policial o judicial? ¿Es justo restringirles más derechos a quienes de forma sistemática se encuentran más obstaculizados para ejercerlos o cuyos derechos han sido constantemente vulnerados?
(2021: 22)

A esto agreguemos el hecho de que “[...] el acceso a servicios de salud en México aún depende en forma preponderante de la capacidad privada de compra de los hogares (50%)” (Dieterlen, 2015: 30), lo cual se manifestó agudamente en México (y en otros lugares del mundo) durante la pandemia de COVID-19. Como lo muestra el reciente estudio de Arceo-Gómez, *et al* (2021), la interacción de la COVID-19 con inequidades estructurales ha generado disparidades en los resultados de padecer COVID-19 en México. Utilizando explícitamente el enfoque sindémico,

se muestra de forma contundente que las personas en el decil de ingresos más bajo (de entre la población de trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social que fue estudiada) tienen una probabilidad de morir de COVID-19 cinco veces más alta que los del decil más alto. También mostraron un mayor porcentaje de hospitalizaciones en ese primer decil, muchas de ellas relacionadas con enfermedades no transmisibles (asociadas con estilos de vida), con edad y con el sexo.

El caso de San Juan Cancuc (Romero, 2010) mencionado en la introducción, o el de personas de la tercera edad que sufrieron discriminación en la asignación de recursos por sufrir de demencia (Alzheimer u otra) (Zúñiga, 2021) muestran que la COVID-19 interactúa de manera adversa con otros padecimientos de poblaciones vulnerables específicas, profundizando también las inequidades sociales. Las consecuencias que la resistencia a la vacunación podría tener para estas poblaciones específicas hace patente la urgencia de comprender las razones profundas y multifactoriales de grupos específicos para no vacunarse y la medida en que estas razones derivan (o no) de dinámicas de opresión estructural o dominación institucional, para poder diseñar estrategias contrasindémicas contextualmente específicas que fomenten la participación e involucramiento de los grupos vulnerados

Referencias bibliográficas

- ◆ Araya U., S. (2002). *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. San José, Costa Rica: FLACSO. Cuadernos de Ciencias Sociales, 127.
- ◆ Arceo-Gomez, E., Campos-Vazquez, R. M., Esquivel, G., Alcaraz, E., Martinez, L. A. y Lopez, N. G. (2021). "The income gradient in COVID-19 mortality and hospitalisation: An observational study with social security administrative records in Mexico". *The Lancet* [en línea]. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X21001113> el 26/11/21.
- ◆ Cultivemos Bioética, *Bioethics News* (11 de enero de 2021). 11 enero 21. Primer Noticiero Especializado en Bioética [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=mca5o1WEkpo>.
- ◆ Daniels, N. (2008). *Just Health*. EUA: Cambridge University Press.
- ◆ Dieterlen, P. (2015). *Justicia distributiva y salud*. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.
- ◆ Goldenber, M. (2016). "Public misunderstanding of science? Reframing the problem of vaccine hesitancy". *Perspectives on Science*, vol. 24, no. 5, pp. 552-581.
- ◆ Greenough, P. (1995). "Intimidation, coercion and resistance in the final stages of the South Asian smallpox eradication campaign, 1973-1975". *Pergamon, Soc Sci. Med*, Gran Bretaña, Vol. 41, No. 5, pp. 635-642.

- ◆ Horton, R. (2020). “Offline: COVID-19 is not a pandemic”. *The Lancet*, Vol. 396, septiembre 26, p. 874.
- ◆ Lopera, P. E. (2016). *El movimiento antivacunas. Argumentos, causas y consecuencias*. Madrid: Ed. Catarata.
- ◆ Mendenhall, E. (2017). “Syndemics: a new path for global health research”. *The Lancet*, Vol. 389.
- ◆ Mulhall, S. y Swift, A. (1996). *Liberals and Communitarians*. Cambridge, Massachussets: Ed. Blackwell Publishers.
- ◆ Olmos Pérez, A. (2021). “Reticencia a la vacunación. Consideraciones desde la ética”. *Gaceta ConBioética*. Año X, No. 39, pp. 18-25.
- ◆ Rawls, J. (1996). *Political Liberalism*. New York: Columbia University Press.
- ◆ _____ (2002). *Teoría de la Justicia*. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.
- ◆ Romero Barrón, J. R. (2010). “Reseña de Los dioses, los hombres y las palabras en la comunidad de San Juan Evangelista Cancuc en Chiapas, de Helios Figueros Pujol”. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Peninsular en Humanidades y Ciencias Sociales, *Serie Monografías*, 12, 2010.
- ◆ Sandel Michael (1998). *Liberalism and the Limits of Justice*. EUA: Cambridge University Press.
- ◆ Shultz, J., Sullivan, L. y Galea, S. (2021). *Public Health. An introduction to the science and practice of population health*. EUA: Springer Publishing Company.
- ◆ Singer, M. (2009). *Introduction to Syndemics*. EUA: Ed. Jossey-Bass.
- ◆ Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B. y Mendenhall, E. (2017). “Syndemics and the biosocial conception of health”. *The Lancet*, Vol. 389.
- ◆ Streefland, P, Chowdhury, A. M. R. y Ramos-Jiménez, P. (1999). “Patterns of vaccination acceptance”. *Social Science & Medicine*, 49, pp. 1705-1716.
- ◆ Taylor, Ch. (1994). *La ética de la autenticidad*. España: Ed. Paidós.
- ◆ The Lancet (2017). *Syndemics: health in context*. Editorial, Vol. 389.
- ◆ Walzer, M. (1983). *Spheres of Justice*. EUA: Ed. Basic Books.
- ◆ World Health Organization (2015). *Myths and facts about immunization*. WHO Regional Office for Europe.
- ◆ Young, I. M. (1990). *Justice and the Politics of Difference*. EUA: Princeton University Press.
- ◆ Zúñiga Santamaría, T. (2021). “Consideraciones bioéticas para la toma de decisiones en los ancianos con demencia ante la situación de la pandemia COVID-19”. *Gaceta Fedma*, Edición 1.

Fecha de recepción: 11 de noviembre de 2021

Fecha de aceptación: 26 de enero de 2022