



## Capacidades, salud y sistemas. Re-pensar la salud de mano de la justicia distributiva

Capabilities, Health and Systems: Rethinking Health as Part of Distributive Justice



**Autor**

**José Rubén Palafox Cabral**

Universidad La Salle

E-mail: [jrubenpalafox101@hotmail.com](mailto:jrubenpalafox101@hotmail.com)



## **Resumen**

El presente trabajo intenta dar una explicación de la salud y la conformación de sus sistemas, aproximando las teorías de la justicia distributiva y el acceso al desarrollo de las capacidades como una base justa de la estructura de los sistemas de salud. Asimismo, se desarrollan diversas cuestiones sobre la atención al primer nivel en salud como fundamento del desarrollo de las capacidades y la accesibilidad a la diversidad funcional. Se tratará por ello, una redefinición del contractualismo bioético, aplicado a la estructura como base de la justicia y con miras al desarrollo de las capacidades.

## **Abstract**

*This paper endeavors to provide an explanation of health and the make-up of healthcare through distributive justice theories and access to the development of capabilities as the basis of a just healthcare structure. It also looks at matters around first level attention in healthcare as fundamental in the development of capabilities and access to functional diversity. It amounts, therefore, to a redefinition of bioethical contractualism, applied at the structure as basis of justice and the capability development.*

## **Key words**

Capacidades; justicia; salud; diversidad funcional; sistemas de salud.

*Capabilities; justice; health; functional diversity; healthcare.*

## **Fechas**

Recibido: 11/09/2017. Aceptado: 04/04/2018



## 1. Introducción

El presente trabajo constituirá un esfuerzo por resignificar la definición de la salud y por lo tanto sus consecuencias estructurales. Esto, a través de las posturas de la justicia distributiva y las capacidades, aproximando así tanto los sistemas de salud como la diversidad funcional, es decir, incluyendo no solo a la corporeidad dentro de un rango de normalidad biológico, sino que acepta la anormalidad dentro del paradigma.

Resulta problemático dar una definición tanto de la normalidad como de la patología sin recurrir a su circularidad, al tiempo que supondría los conceptos como entes inamovibles, cuya definición no está sujeta a contextos específicos

Asimismo, intentará plantear, a través de la redimensionalidad de la estructura como base de la justicia, un acercamiento a los sistemas de atención como prevención más que como tratamiento de enfermedades, haciendo de la salud una concomitancia de la estructura, el individuo y la diversidad funcional, en lugar de pensarla dentro de un orden normativo o de oposición.

Finalmente, dará cuenta de los sistemas y su relación con la re-definición de la salud para presentar una nueva aproximación a partir de las capacidades y su garantía mediante las estructuras re-definidas. En este sentido, el planteamiento abarcará también un carácter axiológico que retomará el planteamiento de la universalidad de los valores.

## 2. Salud: definición y consecuencias estructurales

Definir la salud como un pleno positivo, o bien, anclarla en una definición de opuestos, no puede resultar sino en la imposibilidad de concretizar, de manera eficiente, un sistema de atención que resulte suficiente para dar cabida, de manera más o menos justa, a aquellos que conforman una sociedad específica. Los sistemas de salud, conformados bajo esta mirada, si bien pueden enfocarse en la atención holística del individuo (en tanto que se da por sentado su plena positividad en todos los estratos de la persona y no solamente en el biológico), no pueden contener los elementos estructurales, ya que la definición escapa a elementos externos de la corporeidad del individuo<sup>1</sup>.

Por estas definiciones entendemos, en primera instancia, una relación con lo patológico, puesto que daríamos por sentado que 1) la plena posesión de un estado de salud es identificable con la ausencia de patologías, es decir, se está sano en tanto que no se está enfermo, o bien 2) la posibilidad de enfermar y recobrar la salud, manteniendo una homeostasis específica, cuyos límites no son claros y tienen que ver, de nuevo, con un grado de patología. Sin embargo, resulta problemático dar una definición tanto de la normalidad como de la patología sin recurrir a su circularidad, al tiempo que supondría los conceptos como entes inamovibles, cuya definición no está sujeta a contextos específicos (Canguilhem, 1986). En este sentido, la suficiencia de la definición del con-

1 Por corporeidad entendemos aquí la incorporación de los estratos de la persona, encarnando la conciencia, vida mental, social y espiritual.



cepto de salud es puesta en duda, ya que su alcance parece delimitado a la normalidad y la anormalidad, haciendo de la vida biológica, mental, espiritual y social un consenso dentro de una cultura específica y su definición de normalidad.

Podemos pensar, asimismo, si esta relación está sujeta a bases axiológicas concretas que se revelan por medio de la propia estructura, pero que se subsumen a una experiencia anterior, de carácter universal, puesto que “construir la norma y anclarla a la estructura natural es asociarla a la biología de la especie. Esto la colocará por encima de componentes contextuales” (Del Prete, 2016, p. 104). Si de hecho se trata de esta manera, la construcción de la norma implicaría de hecho una relación estrecha con estructuras axiológicas, dando por hecho que los valores están preestablecidos, pero son modelados en instancias culturales.

Una aproximación prudente sería la de Nussbaum, ya que su propuesta contempla tanto la posibilidad de dar cuenta de experiencias y valores universales (p. ej. la muerte, la enfermedad, etc.) a través de modelos específicos, adscritos a la cultura de aquel que los experimenta (1993). Dicha aproximación puede ser útil también para dar cuenta

de la distribución de los sistemas de salud. Suponiendo la valía axiológica de la salud como un bien en sí mismo en tanto que posibilita oportunidades (Daniels, 2008), habría que suponer asimismo una relación moldeada por la experiencia de la cultura desde la cual se parte y, por lo tanto, habría que suponer una noción de normalidad atravesada por una aproximación cultural.

Considerando lo anteriormente mencionado, una definición imprecisa de la salud tiene consecuencias en el planteamiento cultural, a través del cual es experimentada, por lo que la concreción de sus sistemas se verá subsumida a una norma que deriva de lleno en la perspectiva biológica, puesto que la construcción de la misma norma no supera la corporeidad, en el sentido que la hemos planteado, dejando de lado la estructura como algo contingente para la conservación del estado de salud. Sin embargo, es esta misma estructura la que marginaliza poblaciones vulnerables, puesto que la anormalidad, si bien está considerada dentro del paradigma de salud, lo está solo conforme a un estado de normalidad, experimentado desde cualesquiera que sean las mediaciones culturales.

La presentación de estructuras correspondientes a dicha norma se corresponde entonces con espacios de marginalidad, ya que el distanciamiento de lo normal se delimita a través de lo patológico y viceversa. Esta delimitación causaría necesariamente una diferencia de estatutos, desde la cual las relaciones entre individuos no son vistas con paridad. Es decir, en tanto que existe una norma, todo aquel que cae fuera de ella es excluido por la estructura y se subsume a condiciones de marginación, que no permiten un desarrollo individual en la normalidad (Young, 2011).

La presentación de estructuras correspondientes a dicha norma se corresponde entonces con espacios de marginalidad, ya que el distanciamiento de lo normal se delimita a través de lo patológico y viceversa. Esta delimitación causaría necesariamente una diferencia de estatutos, desde la cual las relaciones entre individuos no son vistas con paridad. Es decir, en tanto que existe una norma, todo aquel que cae fuera de ella es excluido por la estructura y se subsume a condiciones de marginación, que no permiten un desarrollo individual en la normalidad (Young, 2011).

Si bien la estructura está diseñada para atender la necesidad de salud, la definición escapa a la propia estructura, haciendo imposible que dicha marginalidad no se haga presente en los sistemas de salud concretos. Es por ello por lo que la interpelación cultural también se ve afectada, puesto que la propia definición de salud hace que la aproxima-

En tanto que existe una norma, todo aquel que cae fuera de ella es excluido por la estructura y se subsume a condiciones de marginación, que no permiten un desarrollo individual en la normalidad



ción a los sistemas sea insuficiente para mantener una relación adecuada, en tanto que, si existe un sentido general de bienestar o de plena posesión, no habría razón para acudir a los centros de atención. En otras palabras, dicha concepción de salud plantea, en una experiencia cultural aproximada de la enfermedad, que, si no estoy enfermo, estoy sano y por tanto, solo cuando estoy enfermo debo acudir a los centros de atención.

Habría que pensar entonces una definición específica, que incluya dentro de su conceptualización la estructura tanto como la corporeidad, puesto que parecería que la imprecisión de esta conlleva consecuencias en la concretización de los sistemas de salud tanto a nivel estructural como a nivel cultural (en tanto que mediación para la experiencia de la enfermedad), haciendo imposible trazar límites claros y una distribución justa de la atención.

### 3. Re-pensar la salud: capacidades y estructura inclusiva

Si se plantea la salud como plena positividad, habrá que pensarla como una posesión o como ausencia, haciendo de su grado de posesión una homeostasis no definida que vuelve a su relación con lo patológico

Pensar la salud en términos de oposición, o bien, de plena positividad, trae consigo la noción de necesidad. En tanto que existe esta noción, existe la posibilidad de plantear una nomenclatura específica, es decir, la normalización de criterios. Sin embargo, esta norma estará definida por la anomalía. Asimismo, si se plantea la salud como plena positividad, habrá que pensarla como una posesión o como ausencia, haciendo de su grado de posesión una homeostasis no definida que vuelve a su relación con lo patológico.

Para ayudarnos a pensar una manera más consistente la salud, tomaremos de Amartya Sen el concepto de capacidades (1999), dejando de lado, al menos por el momento, la cuestión de las necesidades. Para un análisis más extenso de esta la cuestión podemos consultar sus obras (Sen, 1993, 1980). Entendemos

“capacidad” de la mano de la libertad positiva, en el sentido de que la no restricción no es una verdadera capacidad, sino que lo es la posibilidad concreta de llevar a cabo determinadas acciones deseadas por los individuos, contando con los medios necesarios y suficientes para ser llevadas a cabo. En este sentido, la garantía de un derecho no puede ser considerada una capacidad (p. ej. el derecho al voto), si no existen condiciones materiales suficientes para su plena realización (p. ej. seguridad para los votantes, libertad de prensa, acceso a la información, etc.).

Asimismo, habrá que redefinir la instancia de realización a través de la corporeidad, puesto que, como hemos señalado anteriormente, si pensamos en una definición de salud como la hasta ahora señalada, la reducción a los procesos biológicos, aun como mera instancia intermedia entre los estados (salud-enfermedad), provoca su asociación con la biología de la especie. Entendemos entonces la corporeidad como todo aquello que, resultante de las funciones biológicas<sup>2</sup>, puede expandirse a través

2 Por ello me refiero también a las realidades mentales, espirituales y sociales. Entendiendo que la realidad prótesis puede incluir, pero no limitarse a estos campos.



de espacios específicos, adquiriendo funcionalidad como realidades prostéticas (Toboso-Martín, 2013). Entendamos como realidades prostéticas todo aquello que, de manera artificial, logra extender las funciones naturales. De manera amplia, todo aquello que funcione como herramienta, posibilita funciones dentro de la corporeidad de diferente forma y magnitud, pero ligado siempre a fines de cumplimiento de deseos específicos.

Con estos dos conceptos a la base, podemos señalar que la corporeidad es fundamental para las capacidades, así, en tanto que existe una funcionalidad por medio de realidades prostéticas, las capacidades pueden igualarse en tanto que función, pero no en tanto que forma, haciendo que la norma, si es que busca definirse alguna, no se encuentre basada en el espacio del cuerpo, sino en la estructura misma donde los espacios corporales habitan.

Es necesario pensar en las bases de la justicia para afrontar las realidades concretas que esta definición implica, ya que, para hablar de la distribución de bienes, habrá que pensar tanto en la forma de distribución como en los criterios de la misma

En este sentido, entendemos la corporeidad como aquello que posibilita el desarrollo de las capacidades, pero que las capacidades no se limitan a ella. La estructura sobre la cual se fundamentan las capacidades es importante para que la funcionalidad tenga relevancia y pueda igualarse en su desarrollo. Así, la inclusión de la diversidad funcional implicaría también la aceptación de la anormalidad dentro de los paradigmas corporales y no estaría a la base de una definición incluyente y concisa de la salud.

Tomando esto en cuenta, una estructura incluyente debería posibilitar instancias de desarrollo con suficiencia material, sea cualesquiera las capacidades que busquen desarrollarse. Sin embargo, las condiciones materiales parecen estar subsumidas a la distribución de los recursos (para un análisis más extenso

y una historia específica: Martínez, 2008), por lo que es necesario pensar en las bases de la justicia para afrontar las realidades concretas que esta definición implica, ya que, para hablar de la distribución de bienes, habrá que pensar tanto en la forma de distribución como en los criterios de la misma (Dieterlen, 2015).

Consideremos entonces el problema de la distribución, nuevamente, de manera estructural. En tanto que la propia estructura no puede dar cuenta del desarrollo de las capacidades deseadas, la corporeidad pasa a un segundo plano. En este sentido, habría que resolver el acceso a las instancias de salud, así como a las realidades prostéticas que posibiliten el desarrollo, vinculando directamente la participación en los entornos de desarrollo, ya sea corporales o estructurales con los entornos de marginalidad.

Sin una aproximación apropiada desde cualquier punto de la estructura a los sistemas de salud o a las realidades prostéticas, no podemos entender a la salud en un carácter positivo, haciendo de las instancias específicas, en cada caso, las condiciones necesarias para la salud. Pudiendo hablar así de salud del individuo tanto como una salud social, pero desarrollando cada una en magnitudes diferentes por el acceso a los sistemas y a las realidades prostéticas.



Podemos redefinir entonces la salud como el estado de posibilidad del desarrollo de las capacidades con condiciones suficientes, sea cualesquiera, en la medida y la forma que se desee, sin restricciones estructurales ni corporales.

De esta forma, la salud no tiene sentido sin la estructura y no solo se trata de conservar las capacidades, o bien de redimensionarlas a través de realidades prostéticas, sino que, al incluir una diversidad funcional, habrá que pensar la salud también como el acceso a los sistemas de atención. Por lo tanto, al establecimiento de los deseos como capacidades y el establecimiento de un estado de posibilidades específico, no como necesidad, sino como principio de la funcionalidad. Habrá que indagar entonces sobre los procesos de atención a la salud para lograr una síntesis funcional de las definiciones hasta ahora dadas.

#### 4. Atención a la salud: prevención sobre tratamiento

Como hemos señalado anteriormente, existe una relación indiscernible entre las estructuras que posibilitan los sistemas de salud, las capacidades y el desarrollo de ambos. Así pues, habrá que remarcar la importancia en el acceso a la diversidad funcional, puesto que una distribución justa de la estructura es necesaria para cumplir cabalmente la definición que hemos presentado de salud.

Habrá que remarcar la importancia en el acceso a la diversidad funcional, puesto que una distribución justa de la estructura es necesaria para cumplir cabalmente la definición que hemos presentado de salud

En este sentido, los sistemas de salud habrían de garantizar la estructura en el sentido de su concreción con la atención a la salud, delimitando todo aquello que posibilite el desarrollo de las capacidades (Daniels, 2002). Es decir, habría que facilitar las posibilidades. Una manera, al parecer, suficiente de hacer esto es garantizando el acceso a las realidades prostéticas, así como a las propiedades biológicas necesarias (p. ej. agua, vivienda, comida, etc.).

Delimitar cuáles son estas propiedades biológicas necesarias en el sentido que retomamos la corporeidad, es una tarea que no se realizará en el texto presente, pero se entenderá por ello (por el momento) todo lo concerniente a los espacios biológico, social, mental y espiritual, mediado por una cultura específica y sin lo que el desarrollo de las capacidades no sería posible.

Concediendo esto, los límites de posibilidad del desarrollo tienen que pretender garantizar las capacidades en el sentido de su propia posibilidad. Garantizar las condiciones materiales asegura el desarrollo de las condiciones biológicas específicas en un sentido amplio (Powers, 2013). Al mismo tiempo, imponer límites a las nociones de salud, sería imponer límites estructurales, a la vez que límites a la corporeidad, puesto que la realidad prostética a la que acerca, sugiere una relación de posibles con las capacidades. En otras palabras, para que sea posible que las capacidades posibiliten, es necesario que existan condiciones estructurales, materiales, previas al desarrollo y desde las cuales, se garanticen las capacidades como tal.



## 5. Conclusiones

A manera de conclusión, parecería que, si seguimos una definición específica de salud en los términos de las capacidades, incluyendo la diversidad funcional, podemos proponer una estructura específica desde la cual, las repercusiones en la concretización de los sistemas de salud sean lo más cercano a una distribución justa de los recursos, así como lo más incluyentes posibles. En este sentido, la estructura tanto como el individuo toma parte activa en la conservación de la salud, así como la prevención de enfermedades y ressignifica el acceso a los sistemas de atención y las realidades prostéticas.

La estructura tanto como el individuo toma parte activa en la conservación de la salud, así como la prevención de enfermedades y ressignifica el acceso a los sistemas de atención y las realidades prostéticas

Pensar la estructura en lo planteado, sería privilegiar la atención de primer nivel, es decir, una atención preventiva ante las enfermedades como primera respuesta ante las posibles epidemias, garantizando así no solamente la salud del individuo, sino la de la sociedad como tal. Asimismo, la atención hospitalaria y de tercer nivel se volverán a un segundo plano, puesto que, si se garantizan las capacidades, se garantiza la salud como tal en niveles micro y macro estructurales.

Esto nos permite dar cuenta de tres vetas principales que pueden seguirse en el análisis de un trabajo posterior:

1. Pensar los sistemas de salud como parte de la estructura que garantiza el desarrollo de las capacidades y da cuenta de las funciones, sea cualesquiera que estas sean.
2. Se privilegia un sistema de atención basado en la prevención, lo cual hace posible que garantizar la salud vuelva la mirada a ámbitos sociales más grandes, como garantizar las condiciones suficientes de vida para dar cuenta de las condiciones necesarias de desarrollo de las capacidades.
3. Permite el acceso a la diversidad funcional por medio de la relación de los individuos, la estructura y los sistemas de atención.

## Bibliografía

- Canguilhem, G. (2005). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Daniels, N. (2002). *Setting Limits Fairly: Can we learn to share medical resources?* Nueva York: Oxford University Press. DOI: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195149364.001.0001>
- Daniels, N. (2008). *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. New York: Cambridge University Press.
- Del Prete, S. (2016). Estado, sociedad y salud: Principios filosóficos de los modelos de sistemas de salud. En *Sistemas de Salud Comparados: Entre Reformas y Encrucijadas*. México: CIESS.
- Dieterlen, P. (2015). *Justicia distributiva y salud*. México: FCE-UNAM.
- Martínez, A. (2008). Responsabilidad social: Salud pública e investigación en salud. En *Perspectivas de bioética*. México: FCE-UNAM.



- Nussbaum, M. (1993). *Non-relative Virtues: An Aristotelian Approach*. En Martha Nussbaum and Amartya Sen (Eds.), *Quality of Life*. Oxford: Oxford University Press. DOI: <https://doi.org/10.1093/0198287976.001.0001>
- Powers, M. (2013). Water, Justice, and Public Health. En *Oxford Handbook of Public Health Ethics*. Oxford.
- Toboso-Martín, M. (2013). La "raíz cuadrada" del cuerpo. *Graffylia*, (16-17), 33-47.
- Sen, A. (1980). Equality of What? En S. McMurrin (Ed.), *Tanner Lectures on Human Values* (Vol 1). Cambridge University Press.
- Sen, A. (1993). Capability and Well Being. En *Quality of Life*. Cambridge.
- Sen, A. (1999). *Commodities and Capabilities*. New York: Oxford University Press.
- Young, I. (2011). Structure as the Subject of Justice. En *Responsibility for Justice*. New York: Oxford University Press. DOI: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195392388.001.0001>