

Hacia una concepción positiva de la salud Una visión a partir del «enfoque de las capacidades»*

Alba Lucía Vélez Arango**
Joaquín Salvador Lima Rodríguez

pp. 25-51

Resumen

Investigación de carácter filosófico. Analiza críticamente los fundamentos epistemológicos que contribuyeron a la hegemonía de una noción de salud negativa, característica del dualismo cultural salud / enfermedad y el modelo biomédico asistencialista hegemónico, bajo el que se diseña la atención en salud y avanza en la noción de salud positiva: capacidad de las personas para llevar una «vida buena», «enfoque de las capacidades» de Sen y Nussbaum y en Nordenfelt quien define la salud: como la capacidad de un sujeto para realizar sus metas vitales. Ahondando en la teoría de Nussbaum, quien defiende el valor de algunos bienes externos a partir de las esferas constitutivas del ser humano, entre ellas la salud bajo la que se estructura el derecho al «florecimiento humano». El reconocimiento de la importancia moral mayor del cuidado de la salud y su entendimiento como metacapacidad, plantea la necesidad de defender una salud positiva que parta de la vida y del logro de los proyectos vitales.

Palabras clave

Derecho a la salud / Justicia social / Sistemas de salud

Abstract

Philosophical Research. Critically analyze the epistemological foundations that contributed to the hegemony of a notion of negative health characteristic of the cultural health/ disease dualism with hegemony of the assistance biomedical model, under which health care is designed and advances in the notion of positive health: as the capability of people to lead a «good life» «capabilities approach» of Sen and Nussbaum and Nordenfelt who defines health as the capability of a subject to achieve his vital goals. Going deeper into Nussbaum's theory she defends the value of some external goods from the constituent spheres of the human being, including the health under which the right to "human flourishing" is structured. The recognition of the greater moral importance of health care and its understanding as a metacapacity, raises the need to defend a positive health that starts from life and the achievement of vital projects.

Keywords

Right to health / Social justice / Health system

* Este artículo forma parte del proyecto de investigación de la Tesis Doctoral «Salud más allá de la ausencia de enfermedad: visión a partir del bienestar subjetivo y del desarrollo humano. Una concepción de vida buena» adscrito al Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud (Interuniversitario) Órganos participantes: Convenio entre las Universidades de Sevilla y Jaén, y la Escuela Andaluza de Salud Pública.

** A. L. Vélez Arango. Magíster en Salud Pública y en Filosofía. Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. Docente Titular del Departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias para la Salud

Correo-e: alba.velez@ucaldas.edu.co; albaluciavelez@mac.com

J. S. Lima Rodríguez. Doctor por la Universidad de Sevilla. Docente Titular del Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla, Andalucía.

Correo-e: joaquinlima@us.es

Introducción

La investigación realizada analizó críticamente los argumentos epistemológicos e históricos que han contribuido a la hegemonía de una concepción de salud negativa, característica del modelo biomédico-asistencialista, definido como «a partir de lo que no se tiene, es decir, de la ausencia de enfermedad» (Restrepo, 2013:2374) y ahondó en una concepción de salud positiva, en contraste, a partir de los aportes que autores como Amartya Sen y Martha Nussbaum han hecho al «enfoque de las capacidades», con una noción de salud positiva: «aquella que se define a partir de lo que se tiene, específicamente, de las capacidades de las personas para llevar una vida buena» (Restrepo, 2013:2374). Como resultado del análisis filosófico realizado es dable incidir en la superación del dualismo cultural salud/enfermedad, denominando por Edmundo Granda la «Enfermología Pública» (Granda, 2000:2), quien al respecto precisó:

La medicina clínica constituyó su mirada, su saber, sus métodos y técnicas alrededor de la enfermedad y la muerte [y, bajo esta concepción]... la salud pública organiza su base de sustento sobre un trípode constituido por: a) el presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la comprensión de la salud; b) el método positivista como base explicativa de la 'verdad' sobre el riesgo; y c) La aceptación del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención (Granda, 2000:1-3).

Esta concepción contrasta con la visión de salud que parte de la vida, entendiendo la salud como una «...forma de vivir autónoma y solidaria, consustancial con la cultura humana, dependiente y condicionante de las relaciones de poder que se establecen con la naturaleza, la sociedad y el Estado» (Granda, 2004: 4). Tanto Amartya Sen como Martha Nussbaum reconocen:

...que la pregunta más importante en el proyecto de vida de todo ser humano en cualquier parte del planeta no es qué tan satisfechos puedan estar ella o él con respecto a ciertos bienes, ni cuáles, ni cuántos son los recursos de los que disponen, sino, más bien, qué es lo que pueden hacer; es decir, lo que están en *capacidad de hacer* (Calderón, 2013:120).

La respuesta a este interrogante parte de la determinación y reconocimiento de un conjunto de funciones esenciales para el ser humano, denominadas por Sen «Funcionamientos», concepto que «...tiene unas raíces claramente aristotélicas y refleja las diversas cosas que una persona puede valorar hacer o ser» (Sen, 2000: 99). Para el autor:

La vida puede considerarse como un conjunto de 'funcionamientos' interrelacionados, consistentes en estados y acciones. [...] Los funcionamientos pertinentes pueden abarcar

desde cosas tan elementales como estar suficientemente alimentado, tener buena salud, evitar posibles enfermedades y mortalidad prematura, y demás, hasta realizaciones más complejas como el ser feliz, el tener dignidad, el participar en la vida de la comunidad, etc. Sostengo que los funcionamientos son constitutivos del estado de una persona y que la evaluación del bien-estar tiene que consistir en una estimación de estos elementos constitutivos (Sen, 1999: 53).

Unido a los funcionamientos están las capacidades, como «...las diversas combinaciones de funciones que puede conseguir. Por lo tanto, la capacidad es un tipo de libertad: la libertad fundamental para conseguir distintas combinaciones de funciones (o, en términos menos formales, la libertad para lograr diferentes estilos de vida)» (Sen, 2000: 99-100).

Ahora bien, Sen propone, a partir de los funcionamientos y las capacidades, su aporte a la métrica del desarrollo humano, al afirmar que «...el espacio correcto para la medición del desarrollo humano, no es el de las [...] utilidades (como sostienen los partidarios del enfoque de bienestar) ni el de los bienes primarios (como exige Rawls), sino el de las libertades fundamentales –las capacidades– para elegir la vida que tenemos razones para valorar» (Sen, 2000: 99). Y precisa:

Así como el denominado 'conjunto presupuestario' en el espacio de los bienes presenta la libertad de una persona para comprar haces de productos, el 'conjunto de capacidad' en el ámbito de los funcionamientos refleja la libertad de la persona para elegir entre posibles modos de vida [...] El bien-estar de una persona debe depender fundamentalmente de la naturaleza de su estado, es decir, de los funcionamientos alcanzados. El que una persona esté bien alimentada, goce de buena salud [...] debe ser intrínsecamente importante para la bondad del estado de esa persona (Sen, 1999: 54).

El autor enfatiza, además, en las diferencias entre los seres humanos:

Son distintos de diferentes maneras. Una variación hace referencia a la diferencia entre sus fines y objetivos. [...] Pero hay otra diversidad importante, la de las variaciones en nuestra capacidad de convertir los recursos en libertades reales. Las diferencias relacionadas con el sexo, la edad, la dotación genética y muchas otras características, resultan en poderes muy diversos para construir nuestras vidas en libertad, incluso cuando tenemos la misma cesta de bienes primarios (Sen, 1999: 102).

Sobre la salud Sen considera que es

«...una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar... [pudiendo ser particularmente grave como injusticia que] ...algunos puedan no tener la oportunidad

de alcanzar una buena salud debido a acuerdos sociales y no, digamos, a una decisión personal de no preocuparse particularmente por su salud [...] Una enfermedad que no es prevenida ni tratada por motivos sociales (digamos por la pobreza o por la fuerza aplastante de una epidemia) y no por una elección personal (como el tabaquismo y otros comportamientos de riesgo de los adultos) [...] tiene una repercusión particularmente negativa en la justicia social»(Sen, 2002: 303).

Considera el autor que es necesario distinguir «[...] entre el logro de la salud y la posibilidad de alcanzar una buena salud, que se puede ejercer o no [...] Es importante distinguir, por una parte el logro y la posibilidad, y por otra las facilidades sociales ofrecidas para dicho logro, como la atención sanitaria» (Sen, 2002: 303).

...la equidad en salud no puede consistir simplemente en demandas relacionadas con la distribución de la atención sanitaria en particular. Los factores que pueden contribuir a los logros y fracasos en el campo de la salud van mucho más allá de la atención sanitaria e incluyen muchas influencias muy distintas, desde la predisposición genética, los ingresos individuales, los hábitos alimentarios y los estilos de vida hasta el entorno epidemiológico y las condiciones de trabajo (Sen, 2002: 304).

Es claro en la construcción teórica Seniana, que la equidad en salud y por ende su respuesta en ámbitos de justicia social «...no puede preocuparse únicamente de la desigualdad en la salud y debe tomar en consideración cómo se relaciona la salud con otras características a través de la asignación de recursos y de los acuerdos sociales» (Sen, 2002: 304). Y este propósito sin duda, será de interés para las instituciones sociales y políticas bajo la consideración de que la salud y su protección va más allá de la asistencia sanitaria y, en especial, de una concepción de salud centrada solo en la ausencia de la enfermedad. Así que, en torno a los funcionamientos y capacidades requeridas para el ejercicio de la libertad para vivir vidas que se estimen valederas, cobra vigencia la afirmación de Venkatapuram al considerar que «una de las características de una sociedad buena y justa es que las instituciones sociales, en particular las instituciones políticas, muestran igual preocupación y respeto por todos los ciudadanos» (Venkatapuram, 2011:5).

Se presenta una relectura de la métrica de valoración de los esquemas distributivos favorables a la justicia social. Rawls en su «igualitarismo liberal» defiende un esquema distributivo «que permita que los individuos sean iguales en uno u otro aspecto y que es solo mediante este esquema que se trata a los individuos con igual respeto y consideración» (García, 2009:64). Rawls vincula la idea de justicia a la de un reparto igual de los bienes sociales, pero añade un giro importante: «Tratamos a las personas como iguales no mediante la eliminación de todo tipo de desigualdades, sino solo de aquellas que perjudican

a alguien» (Kymlicka, 1995:66). Los bienes primarios son «los derechos y libertades básicos, el ingreso y riqueza, los poderes y prerrogativas, la libertad de movimiento, las bases sociales del autorespeto» (Rawls, 1995:91-92).

Para Sen la métrica indicada es la igualdad, desplazando el interés sobre los bienes y servicios hacia la «igualdad de capacidad básica».

Incluso aunque no adoptemos el camino de considerar la libertad del bien-estar como una nota de la bondad del Estado social, podremos considerar 'justo' que los individuos tengan una sustancial libertad de 'bien-estar'. Esta libertad, que refleja las oportunidades de bien-estar de una persona, debe ser valorada, como mínimo, por razones instrumentales, por ejemplo, al juzgar qué cartas ha repartido la sociedad a una persona» (Sen, 1999: 55).

Así que categorías como «calidad de vida» y «vida buena» estarían estrechamente relacionadas con la capacidad para lograr funcionamientos valiosos (para el individuo y la comunidad a la que pertenece) y «...el concepto de necesidades básicas se refiere a un subconjunto de capacidades que tendrían una importancia ética y política fundamental» (Calderón, 2013: 121).

Las «capacidades básicas» corresponden a la habilidad para satisfacer ciertos funcionamientos hasta unos niveles adecuadamente mínimos. «Por debajo del umbral mínimo de capacidades básicas los seres humanos se encuentran sometidos a excesivas privaciones y sería muy difícil considerar que están viviendo una vida humana aceptable» (Calderón, 2013:121). A este punto es necesario destacar la afirmación de Sen: la salud es «una de las condiciones más importantes de la vida humana» (Sen, 2002: 303).

Para Martha Nussbaum, al igual que para Sen, la métrica correcta de la igualdad se da en términos de las capacidades¹ y de los funcionamientos. Para ella, la tarea fundamental de los gobiernos es poner a disposición de los miembros de la comunidad política los recursos y condiciones necesarias para hacer a la gente capaz de vivir bien y, apoyada en las observaciones de Aristóteles sobre la interpretación de los «Distintos fines intrínsecos de la vida humana» (Nussbaum, 2015: 380), identifica diez esferas constitutivas o circunstancias comunes a cualquier ser humano: «La idea es que una vez que identifiquemos un grupo de funciones importantes especialmente en la vida humana, estaremos en disposición de preguntar qué es lo que las instituciones sociales y políticas están haciendo con respecto a

¹ La primera formulación de las capacidades elaborada por Nussbaum (1992: 222) ha tenido en sus últimos trabajos algunas modificaciones (Nussbaum, 2002: 123; 2005: 31-33; 2007: 88-89; 2012, 53-55). El listado incluye las siguientes «Capacidades Humanas Básicas»: vida, salud física, integridad física, sentidos, imaginación y pensamiento, emociones, razón práctica, afiliación, otras especies, juego, control sobre el entorno, a) político y b) material (Nussbaum, 2012: 54-55).

ella» (Nussbaum, 1992: 214). A partir de esta identificación, la autora presenta un listado de capacidades prácticas del ser humano y «...en relación con cada una de estas capacidades podemos sostener, al imaginar lo que sería una vida desprovista de ella, que no sería una vida acorde con la dignidad humana» (Nussbaum, 2007:89). La presencia o ausencia de estas capacidades se entienden como una marca de la presencia o ausencia de la vida humana; sin ellas no se tendría una vida auténtica como tal y no se podría persistir y florecer como la clase de cosa que es, puesto que no consultaría el *ergón* propio de la especie, que en lenguaje aristotélico es «El *ergón* propio del hombre, por el cual se mide la excelencia humana, es lo que lo hace ser hombre, en vez de otra cosa» (libro 1, capítulo 7, a partir de 1097 b 22 de la ética Nicomaquea, 2016; Aristóteles, 2016:1097) En palabras de Borisonik «[...] el *ergón* aparece en el vocabulario aristotélico como la actividad característica de cada cosa, como la acción que le corresponde por su naturaleza» (Borisonik, 2011:102).

Como resultado de la identificación del grupo de funciones especialmente importantes para la vida humana y el listado de capacidades, emerge una teoría comparada y empírica en la que Nussbaum «...explora en los elementos compartidos por las experiencias de diferentes sociedades [...], posibilitando la especificación de ciertas áreas de universalidad que la conducen a elaborar una teoría 'densa y vaga del bien'» (Nussbaum, 1992: 214). Hay un interés central en su línea argumentativa:

... la búsqueda de una combinación de sistemas de justicia y modelos de felicidad. Existe una preocupación continua en sus escritos por alcanzar sistemas sociales que tiendan hacia la equidad y la justicia social, pero que al mismo tiempo no descuiden qué es lo que hace a una vida *felicitante* y plena para los seres humanos (González: 2007: 99).

Así que, para Nussbaum, una vida *felicitante* y plena constituye el «florecimiento humano»; al respecto precisa que «Aun así, la admiración misma que sentimos cuando nos fijamos en un organismo complejo sugiere, al menos, que es bueno que ese ser persista y florezca como la clase de cosa que es» (Nussbaum, 2007: 344). Su investigación acerca de las esferas constitutivas de una vida humana, es decir, la denominada norma de la especie, nos dice si determinada criatura tiene posibilidades de florecer; en sus palabras «la norma de la especie (debidamente evaluada) nos indica cual es el rasero apropiado por el que juzgar si una determinada criatura tiene posibilidades aceptables de florecer» (Nussbaum, 2007:344) y el florecimiento para los seres humanos se refleja en términos de metas. «Vemos a la persona con actividad, con metas y proyectos, de algún modo inspirando respeto por encima de los procesos mecánicos de la naturaleza, pero necesitada de apoyo para el cumplimiento de muchos proyectos centrales» (Nussbaum, 2002:114). Una interrogante orienta su obra: «¿Con qué grado debemos vivir para que nuestra vida sea la mejor y más valiosa desde el punto de vista humano?» (Nussbaum, 2015:31). Bajo esta argumentación

se insta a los gobiernos y a la sociedad a impulsar políticas públicas tendientes al disfrute del conjunto de «capacidades humanas básicas».

«[Sen] reconoce en la capacidad el espacio de comparación en materia de evaluación de la calidad de vida, cambiando así la dirección del debate sobre el desarrollo. [En su teoría de justicia] se abstiene de ofrecer una evaluación de conjunto de la calidad de vida en una sociedad» (Nussbaum, 2012: 39). Ambos autores advierten sobre las consecuencias que para el desarrollo humano tienen las fallas de capacidades, entre estas las derivadas de las deficiencias de la atención en salud en sus diferentes niveles de complejidad y le imprimen a esta una importancia fundamental en las «...posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar» (Sen, 2002:303). Le asignan a la salud como capacidad, un lugar central, no solo bajo la visión biomédica asistencialista (como ausencia de enfermedad) sino también en el ámbito de la salud positiva, como capacidad de las personas para llevar una vida buena; en palabras de Venkatapuram: «estar vivo e intacto constituye directamente el bienestar de una persona, un bien en sí mismo. Estar vivo e intacto también permite a las personas realizar proyectos» (Venkatapuram, 2011:7). Razón por la cual la salud debe entenderse como un valor intrínseco.

Dentro de este contexto se analizan los argumentos epistemológicos y filosóficos que aportan argumentos para la defensa de una concepción positiva de la salud, coherente con las categorías analíticas del «enfoque de las capacidades», a saber: «vida buena», «florecimiento humano», *eudamónia*; se sientan bases teóricas para superar el dualismo cultural salud-enfermedad y, finalmente, compartiendo la tesis de Venkatapuram concluir que «... la salud es esencial para el logro del conjunto de capacidades para alcanzar algunos objetivos vitales» (Venkatapuram, 2011: 66), razón por la cual la salud se eleva a la categoría de «Metacapacidad» (Venkatapuram, 2011: 20). Para Sen, por su parte, la salud constituye un requisito *sine quanon* en términos de «...las libertades fundamentales —las capacidades— para elegir la vida que tenemos razones para valorar» (Sen, 2000:30). De igual manera, se analizan los argumentos morales y éticos que defienden la necesidad de asignar una importancia mayor a la salud, sobre cualquier otro bien.

La hegemonía del modelo biomédico en la visión salud- enfermedad

El dualismo cultural. Avance hacia otras concepciones

Desde los albores de la humanidad el proceso de construcción social de la salud y sus cosmovisiones, tanto desde el saber popular como del científico, han sido inquietud permanente y objeto de análisis epistemológico desde diferentes disciplinas. Inicialmente en las cosmovisiones que han acompañado este devenir histórico, Gómez identifica

«...tres categorías estrechamente relacionadas entre sí que se complementan y se superponen a lo largo de la historia: armonía, adaptación y funcionalidad. Las tres convergen

en el supuesto de un «orden» preexistente y siempre bueno y en la intencionalidad más o menos implícita de sujetar las personas a este molde único [que acompañan el discurso oficial entendido como] ...el conjunto de mensajes que el grupo dominante incorpora a la ideología mediante diferentes estrategias con fines predominantemente persuasivos, dirigidos a estimular un tipo de comportamientos y extinguir otros [...] En términos generales, el discurso oficial a lo largo de la historia refleja estándares que definen la salud como un va-lor normalizador, es decir, como una condición apetecible y valiosa, un valor común al que deben ajustarse todas las personas (Gómez, 2018:70).

Para Gómez, la armonía se percibe como un

...equilibrio bello, placentero y valioso; es la expresión del orden natural que impera en el cosmos y en la Polis, y en consecuencia constituye un patrón ético, estético y político que debe defenderse. [...] la concepción idealizada de un orden armónico jugó un papel político muy importante como eje articulador de la ideología grecorromana. [...] En este contexto el discurso oficial definió la salud como un estado idealizado de la armonía y el orden que rige para las personas. Para ser sano, todo sujeto debe ajustarse a la ley natural del orden, el equilibrio y la armonía (Gómez, 2018:72).

Precusores de una concepción de salud como orden, equilibrio y armonía, y que en forma decidida influenciaron la noción de salud y enfermedad en el paradigma gnoseológico antiguo, lo fueron Hipócrates y Galeno, exponentes de la medicina griega que «...presentó en sus escritos y prácticas hipocráticas una concepción ya no ontológica sino dinámica de la enfermedad, ...La naturaleza (*physis*), tanto en el hombre como fuera de él, es armonía y equilibrio» (Canguilhem, 2011:18). Para Hipócrates «El cuerpo humano está compuesto de cuatro humores, resultado de la mezcla de los cuatro elementos. Estos cuatro humores, sangre, pituita, bilis amarilla y bilis negra: son los elementos constitutivos de la naturaleza humana, y ellos [son] la causa de las enfermedades y de la salud. [El hombre] goza de buena salud cuando los elementos están debidamente equilibrados» (Quevedo, 1992:10).

Consultando la influencia de las doctrinas hipocráticas Galeno formula que «... existen cuatro potencias o cualidades fundamentales de los cuatro humores: lo caliente, lo frío, lo seco y lo húmedo, y cuatro humores: bilis amarilla, bilis negra, sangre y flema; el equilibrio de estos que tiene su correspondencia en las cualidades es la base de la salud, mientras que el desequilibrio produce la enfermedad» (Galeno, 2018:10). La enfermedad es «...una disposición preternatural del cuerpo, por obra de la cual padecen inmediatamente las funciones vitales. En virtud de esta alteración sufren las distintas actividades en que se despliega la vida natural del organismo en cuestión: respiración, digestión, movimiento de la sangre, actividad nerviosa, sensibilidad, pensamiento» (Ballester, 1972:169). La enfermedad es entendida como «una alteración morbosa del buen orden de la na-

turalidad (*physis*) y se establece con claridad y precisión una clasificación racional de sus distintos modos, según su causa y según el lugar del organismo en que tal desorden se localice» (Quevedo, 1992:9). La enfermedad contrasta abiertamente con un ideal de armonía, equilibrio; en palabras de Comaroff, la enfermedad,

... en especial si es grave, constituye una amenaza para la integridad del cuerpo y la propia identidad, y requiere un cambio de estado, de aquel de persona saludable a la de paciente. Con independencia del tipo de cultura en la que vive un individuo, la disfunción del cuerpo presente en la enfermedad perturba la armonía entre el ser físico, el social y el moral (Comaroff, 1982:51).

Así que, en la identificación de estas categorías valorativas de equilibrio, desequilibrio, placer y sufrimiento, es dable suponer que «...nació posiblemente el dualismo cultural de las palabras salud y enfermedad». Afirma Vasco,

El primer contacto del hombre con el medio externo se lleva a cabo a través de los sentidos. Se centra entonces el conocimiento en la observación de dicho medio, observación sensorial directa que desarrolla lo que pudiéramos denominar un método descriptivo ... de la observación directa surge la identificación de objetos, cosas, fenómenos, identificación basada en los principios lógicos de la igualdad y de la desigualdad (Vasco, 1986:18).

A partir de relaciones de contradicción equilibrio/desequilibrio, bueno/malo, sano/enfermo, bienestar/malestar, armonía/desarmonía, desde la época prehistórica se identificaron las nociones de salud enfermedad que bien «... pudieron surgir como categorías valorativas profundamente ligadas a la realidad cotidiana de placer y sufrimiento, han llegado hasta nosotros recorriendo caminos tortuosos, a través de los cuales se han identificado con otros significados lingüísticos desarrollados por cada sistema social» (Gómez, 2018: 96).

Bajo esta visión de contradicción se gestó la noción de salud negativa. Más tarde, en el devenir histórico bajo el paradigma gnoseológico moderno, la concepción salud enfermedad recibió la influencia de Thomas Sydenham (1624-1689) apoyado en la obra de John Locke y en la de Francis Bacon con su idea «...que solo se gobierna a la naturaleza obedeciéndola? Gobernar la enfermedad significa conocer sus relaciones con el estado normal que el hombre vivo —y que ama la vida— desea restaurar» (Canguilhem, 2011:19). Ellas contribuyeron a

«...desencarnar y desustancializar la enfermedad por la vía del empirismo sistemático, derrumbando todo el andamiaje escolástico-galénico de la nosología [emergiendo dos elementos]... el empirismo clínico, que se apoya en

la observación clínica y prescinde de la esencia de la enfermedad y una reclasificación de las enfermedades que surge de una relectura empirista de la obra descriptiva de Hipócrates, [lo que] va a dar un nuevo sentido al papel del ambiente y al comportamiento del individuo, potenciando así un nuevo concepto de higiene» (Quevedo, 1992:13).

Sydenham «Es quien piensa que para ayudar al enfermo es necesario deslindar su mal» (Canguilhem, 2011:19) y en palabras de Foucault, «El conjunto calificativo que caracteriza la enfermedad se deposita en un órgano que sirve entonces de apoyo a los síntomas» (Foucault, 2012:35). Lo anterior será posible bajo el auge del paradigma gnoseológico moderno.

A partir de esta relectura, se estructura una nueva visión del proceso salud enfermedad, bajo dos líneas, a saber, el empirismo clínico y la perspectiva epidemiológica, como puerta de entrada al paradigma gnoseológico moderno, a través de la evolución de la línea clínica en las versiones anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica, que se enfrentaron unas a otras durante el siglo XIX y a comienzos del XX; se integraron «en una visión ecléctica de la enfermedad en la cual lesiones, alteraciones funcionales y etiologías externas e internas podían coexistir» (Quevedo, 1992:20). Afirma Gómez que «Bajo la orientación de los avances científicos de la época, la noción de enfermedad se convirtió rápidamente en el producto de un raciocinio muy sofisticado que restringía cada vez más sus análisis a la observación empírica y la formulación de leyes universales, características propias del paradigma positivista» (Gómez, 2018:76). Así que «...la medicina científica continuó bajo la influencia de la concepción anatomo-clínica, la concepción fisiopatológica y la concepción etiopatológica» (Quevedo, 1992: 15-19-22); esta última como resultado de los desarrollos de Luis Pasteur, con su teoría de los gérmenes y Koch con el descubrimiento del agente causal de la tuberculosis, iniciando con ello una etapa decisiva dentro de la higiene pública, conocida como era bacteriológica, «...ampliada por la aparición de las vacunas y sueros inmunológicos» (Márquez, 2011: 589). Los trabajos de Koch y Pasteur se complementaron con el desarrollo de la toxicología y permitieron el entendimiento de otras causas de enfermedad: «las causas morbosas externas pueden ser no solo microbiológicas sino también químicas y físicas» (Quevedo, 1992:22).

Así que, bajo la visión biológica, el proceso salud enfermedad es explicado a partir de lo anatómico, lo fisiológico y lo etiopatológico; agente-microbio-enfermedad y proceso patológico, conceptos que complementan la línea argumentativa de lo biológico. Bajo estos avances se consideró finalizada la explicación sobre el origen de la enfermedad, con un abierto desconocimiento de otros factores que influían en su desencadenamiento. Con el desarrollo de la microbiología «...se hace irresistible el modelo unicasal de la enfermedad. Los

investigadores se dan a la búsqueda del agente patógeno productor de cada enfermedad y se establece una unidad entre la 'causa' y la bacteria» (Moreno, 2007:65). No obstante, el avance en las causas explicativas de la enfermedad, la comprensión del proceso salud enfermedad continuó bajo la égida reduccionista; en palabras de Vasco: «La ciencia médica rápidamente se dio cuenta que su gran descubrimiento no le permitía acabar con la enfermedad. Las drogas usadas no daban abasto para acabar con la causa. Esta se reproducía con mayor velocidad de lo esperado» (Vasco, 1986:32).

En este devenir, se pregunta Quevedo «¿Por qué si la enfermedad humana, como todos los demás fenómenos que le ocurren al hombre, es una realidad que le ocurre siempre en una sociedad y en una cultura determinadas, el médico clínico se aferra a la visión meramente biológica y organicista de ésta?» (Quevedo, 1992:24). Interrogante que constituye una crítica a la persistencia de la concepción salud-enfermedad desde el ámbito biológico, reforzada con la aplicación del método experimental, contexto en el cual la enfermedad es una «realidad de modificación estructural y funcional de los órganos, causada por agentes externos, que ahora se intentan controlar» (Quevedo, 1992:27). Bajo la mentalidad anatomoclínica «se supera la abstracción nominal de la especie morbosa Sydenhamiana para concretar la enfermedad en una realidad visible palpable y medible: la lesión» (Quevedo, 1992:21). Por su parte, desde la versión fisiopatológica con el avance del concepto de función y del método experimental vía la visión de la filosofía positivista contribuirá a «... elaborar la concepción de que la enfermedad es un proceso» (Quevedo, 1992:21). Es esta la concepción tradicional del proceso salud-enfermedad, donde «...predominaba el estilo de pensamiento reductor que suponía la existencia de un solo efecto, frente a una causa» (Aguirre y Macías, 2002:4).

Ahora, los esfuerzos estarán dados hacia un entendimiento de la salud, que tome en cuenta un conjunto de factores de determinación social, económica, ambiental, política, cultural y del ámbito de los servicios de salud, reconociendo la necesidad de una concepción integral. A este proceso lo denominó Quevedo: «[...] la crisis de los modelos biológicos actuales» (Quevedo, 1992:28). Desde la epidemiología: «[...] el fenómeno salud se transforma en algo sumamente complejo [...] de ahí que prefiera la denominación del proceso salud enfermedad que le facilita compartir ambos fenómenos, muchas veces con la utilización de los instrumentos de disciplinas clínicas y sociales» (Quevedo, 1992:28).

Las denominadas fisuras brindan otras explicaciones: a) *la fisura sociológica o medicina social* que llama la atención sobre la responsabilidad del Estado como promotor de la salud de las personas, en su deber de propiciar estándares básicos de calidad de vida, velar por la prosperidad general y la efectividad de los derechos humanos como condición necesaria del principio de dignidad del ser humano; b) *la fisura psicoanalítica* que evidencia la dimensión mental del proceso, generando una ruptura con la visión anatomoclínica

y un cambio de plano hacia la explicación de la psicología y del lenguaje. La lesión que explica la parálisis histérica ya no será la lesión de un órgano [...] ni una lesión funcional» (Quevedo, 1992:28-30). Sigmund Freud «...introduce una nueva hermenéutica; integra la explicación del componente psíquico y el somático, favoreciendo un conocimiento integral del cuadro morboso, denominado como [...] de inferencia diagnóstica, cuando el médico aspira a integrar unitariamente el conocimiento 'explicativo' del cuadro clínico [...] con un conocimiento 'comprensivo' del mismo» (Laín, 1982:44); c) *la fisura de la antropología* el problema de la salud y la supervivencia están ligados al concepto de cultura: «El hombre en cuanto organismo debe existir bajo condiciones que no solo aseguren la supervivencia, sino que permitan un metabolismo sano y normal» (Malinowski, 1944:80). La cultura «es entonces un medio que permite al hombre satisfacer determinadas necesidades, entre ellas la fundamental de la salud» (Quevedo, 1992:35). Acá un entendimiento del proceso salud enfermedad, «...como partes inseparables de la organización ideológica, del sistema de interpretación religiosa y las forma de adaptación ecológica, de la organización familiar, política, de la producción» (Quevedo, 1992:35); d) *la fisura epidemiológica* que supera la visión unicausal: salud-enfermedad y avanza hacia el entendimiento de la compleja trama de factores que desencadenan el proceso, y reconoce la importancia de las políticas públicas como expresión de la responsabilidad del Estado en la intervención de muchos de los factores desencadenantes, advirtiendo sobre el papel de las políticas públicas para el abordaje integral de las categorías salud enfermedad (Quevedo, 1992: 37-38).

No obstante, la evidencia aportada a partir de las fisuras, persiste en la atención en salud de la visión biologista concentrada en las fases de diagnóstico, tratamiento, limitación de la incapacidad y la fase de rehabilitación, etapas que caracterizan el modelo de 'historia natural de la enfermedad' presentado por Leavell y Clark (1965), el cual constituyó un «...valioso aporte a la descripción del comportamiento de la enfermedad y permitió definir en su momento un enfoque para abordar la enfermedad en sus diferentes etapas» (Blanco y Maya, 2013:5). Si bien el modelo acuña «...el término de prevención primaria para referirse al conjunto de acciones aplicadas a personas sanas con el fin de evitar el contacto con la noxa; la prevención primaria puede ser colectiva o individual» (Gómez, 2018: 80) y prevé un conjunto de acciones destinadas a las personas sanas, contribuyendo así a la superación de la visión salud enfermedad que parte del modelo de déficit, característica del modelo biomédico asistencialista; sin embargo como afirma Gómez, bajo este modelo, «... su concepto de historia natural sigue centrado en las condiciones biológicas del sufrimiento, ignorando otras dimensiones esenciales de la historia humana como son los procesos sociales de producción de bienes materiales y de reproducción de las condiciones de grupo, categorías que continúan en un segundo plano» (Gómez, 2018:80).

Como «La enfermología pública» denominó Granda (2000: 4) al predominio del modelo biomédico asistencialista y, por su parte, Restrepo afirmó que: «Los sistemas de salud han privilegiado la adopción de un conjunto de intervenciones centradas en la enfermedad a partir de una comprensión de la categoría salud como modelo de déficit, es decir, salud como ausencia de enfermedad; lo cual obedece a la idea de salud negativa» (Restrepo, 2013:2374); es esta una concepción salud enfermedad que parte del tener, es decir, de la enfermedad, pero desconoce la experiencia vivida por el ser al presentar la enfermedad. Franco sintetiza esta visión así: «...hay hospitalismo y medicalización de la salud; hay un morbicentrismo dominante con el consiguiente recurso a lo curativo sobre lo preventivo y promocional» (Franco, 1994:15).

En la actualidad diferentes voces abogan por la necesidad de aceptar la complejidad, la multideterminación y la interdisciplinariedad que acompaña las nociones de salud y enfermedad; al respecto se afirma:

1) «...se reconoce, sin lugar a dudas, que las ciencias de la salud cubren un amplio espacio: desde acontecimientos de dimensiones moleculares hasta el conglomerado social. Se hace evidente cada vez más el origen de las enfermedades y se conoce con mayor profundidad el funcionamiento del ser humano mediante el estudio de las bases celulares moleculares. También es cierto que la salud y la enfermedad están condicionadas por influencias sociales, y que la comprensión cabal del ser humano requiere de la integración de conocimientos de muy distintos orígenes» (Moreno, 2007: 69).

2) «... la enfermedad es una construcción social y cultural, tanto en su dimensión de patología-definida por las disciplinas científicas de la salud con unos criterios convencionales que la validan entre sus miembros –como en la dimensión de malestar– que expresa la experiencia y el significado de quien la vive» (Arias, 2017:94). [Por tales razones] «...la enfermedad es mucho más que la desviación de una norma biológica o social» (Canguilhem, 2011:19).

3) «Lo social constituye la esencia misma del fenómeno salud humana y no simples factores que apuntan hacia lo externo, lo ambiental. Un lugar común en la literatura es el reconocimiento de la necesidad de aportar el enfoque social a los enfoques de la salud» (Macías, 2001:6).

4) Por último en este rastreo epistemológico sobre la concepción salud enfermedad es necesario destacar la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a mediados del siglo XX (Organización Mundial de la Salud, 1948:1), en la cual emergen nociones de 'bienestar' y 'ausencia de enfermedad' que si bien constituye un avance en la superación de la visión reduccionista centrada en el modelo biológico, continúa privilegiando la tensión entre salud-enfermedad y ahonda en una visión de salud a partir de un modelo de déficit, es decir, una persona es sana si no tiene enfermedad. De aquí que:

...los conceptos de salud enfermedad así como las ideas relacionadas [...] tienen una importancia profunda en las sociedades modernas. Una variedad de derechos y obligaciones, a menudo de gran importancia material y consecuencias de vida y muerte, se derivan de cómo se definen estos conceptos. [Si la visión dominante es salud] ...como ausencia de enfermedad, las políticas de salud seguirán centradas en la política de atención de enfermedades» (Venkatapuram, 2011:41).

Como resultado del proceso investigativo, es necesario ahondar en una propuesta alternativa a la visión de salud predominante y argumentar la necesidad de una concepción de salud «...como la capacidad de una persona para lograr y ejercer un grupo de actividades humanas básicas» (Venkatapuram, 2011:42-43), a partir de categorías de análisis propias, del «enfoque de las capacidades» y avanzar hacia concepciones que partan de la vida, del diario vivir, bajo una mirada alternativa donde el eje central sea la vida. En palabras de Granda: «La salud pública alternativa requiere mirar como los sujetos individuales y colectivos crean o generan su salud en el diario vivir, en interacción con la naturaleza» (Granda, 2008:72). Puesto que para él «...en el diario vivir se genera la salud y esta no se da solamente por descuento de la enfermedad» (Granda, 2008: 72). He allí el entendimiento en el lenguaje seniano de las «...libertades fundamentales de las capacidades para elegir la vida que tenemos razones para valorar» (Sen, 2000: 99). Con este propósito se analizará el concepto de salud de Nordenfelt como capacidad de realizar las metas vitales y los aportes de Sen y Nussbaum.

La Salud como capacidad (*ability*) y «enfoque de las capacidades»

Especial atención en este conjunto argumentativo sobre las nociones salud y enfermedad, lo merece el concepto de salud como capacidad (*ability*) presentado por Lennart Nordenfelt «en seguimiento de Ingmar Pörn y quien a su vez se inspiró en el sociólogo americano Talcott Parsons (Giroux, 2011:133) y que concuerdan con los aportes que Sen y Nussbaum hacen al «enfoque de las capacidades». Afirma Giroux que para Nordenfelt la característica más general y pertinente para definir la salud no es el funcionamiento biológico normal, que restringe mucho la vida humana a la supervivencia y a la reproducción, sino la capacidad [*ability*] que una persona tiene «de realizar sus metas vitales [...] aquellas necesarias para vivir» (Giroux, 2011:133), de tal manera que la salud y su instrumentalización a través del sistema de salud, una connotación de habilidad para el desarrollo de las metas vitales, que para él «...son aquellas cuya realización es a la vez necesaria y suficiente para una felicidad mínima y durable» (Giroux, 2011:145). La definición de metas vitales descansa, sobre el concepto de felicidad, siendo importante precisar que, bajo el ideario argumentativo de Nordenfelt, «...la felicidad está conceptualmente ligada a los deseos y a las metas de los seres humanos» (Giroux, 2011:146). Afirma Nordenfelt que «Se goza de buena

salud si, y solo si, se tiene la capacidad, dada las circunstancias estándar, de alcanzar sus objetivos vitales, es decir el conjunto de objetivos que son necesarios y suficientes para su felicidad mínima». (Nordenfelt, 1987: 97). Punto en el que encuentra similitud con la idea de justicia que abanderó John Rawls «... Un hombre es feliz en la medida en que logra, más o menos, llevar a cabo este plan» (Rawls, 1995:96). Para Lennart Nordenfelt, «El individuo como sujeto de acción [...] está en el centro de su teoría de salud, que define a partir de la noción de capacidad [*ability*]» (Giroux, 2011:133).

La noción que presenta Nordenfelt es de interés e incide en la superación del dualismo cultural salud-enfermedad y en la visión de salud como ausencia de enfermedad. No obstante, una de las críticas que hace Venkatapuram a esta propuesta es en relación con las metas vitales, al afirmar que,

... aunque existe un valor importante en una comunidad que determina lo que constituyen objetivos vitales para sus miembros, la teoría de Nordenfelt puede no reconocer cómo las normas sociales pueden impedir las habilidades de algunos individuos para alcanzar objetivos vitales, o cómo ciertas funciones humanas valiosas no son valoradas por las normas sociales (por ejemplo, alfabetización femenina, sexualidad o movilidad) [No obstante] ...La definición de Nordenfelt, tal como está ahora, todavía consideraría que es saludable (Venkatapuram, 2011: 43).

Amartya Sen recomienda «...el marco de las capacidades como espacio idóneo para realizar comparaciones sobre la calidad de vida» (Nussbaum, 2005:37) y Martha Nussbaum en la construcción teórica del «enfoque de las capacidades»,² que en sus palabras «...puede definirse provisionalmente como una aproximación particular a la evaluación de la calidad de vida y a la teorización sobre la justicia social básica» (Nussbaum, 2012: 38) presenta una: «...lista específica de Capacidades Humanas Básicas como un enfoque tanto para una medición de la calidad de vida, como para la formulación de principios políticos básicos del tipo que pueden jugar un rol en las garantías constitucionales fundamentales» (Nussbaum, 2005:30). Su idea básica con la lista es partir «de una concepción de la dignidad del ser humano y de la vida que es merecedora de tal dignidad una vida que tiene un «funcionamiento verdaderamente humano» (Nussbaum, 2005: 30). Este listado constituye un conjunto de requerimientos básicos para una vida digna y objetivos generales que deben ser especificados por las sociedades «...dentro de una versión de titulaciones fundamentales» (Nussbaum, 2005: 30) y ser respaldadas por los gobiernos. Para ambos autores la salud ocupa un lugar central.

² Nussbaum prefiere el término «Enfoque de las capacidades» al de «Enfoque del desarrollo humano» porque le interesan las capacidades tanto de las personas, como las de los animales no humanos (Nussbaum, 2012: 38).

Precisa Nussbaum, «...se entiende que las capacidades se apoyan mutuamente y son de relevancia básica para la justicia social. De este modo, una sociedad que descuide una de ellas por promover otras defrauda a sus ciudadanos, y hay una falla de justicia en tal defraudación» (Nussbaum, 2005:31).

Para Sen (2010), «...al juzgar el proceso conjunto de una sociedad, el enfoque de la capacidad ciertamente atraería la atención hacia la enorme significación de la expansión de las capacidades humanas de los miembros de la sociedad». Centrar el foco de información en una concentración de las capacidades «puede ser crucial para atraer la atención hacia las decisiones que tendrían que tomarse y el análisis de política que ha de tener en cuenta la información correcta». Allí es donde el «enfoque de la capacidad [...] hace su contribución principal». La expansión de las capacidades incide de manera directa en la «libertad para determinar la naturaleza de nuestras vidas [...] aspecto valioso de la experiencia de vivir que tenemos razones para atesorar» (Sen, 2010: 257, 263).

Una preocupación de Nussbaum es alcanzar «...sistemas sociales que tiendan hacia la equidad y la justicia social, pero que al mismo tiempo no descuiden qué es lo que hace a una vida felicitante y plena para los seres humanos» (González, 2007:99). Como se ha reiterado, tanto Sen como Nussbaum le otorgan a la capacidad salud una valoración central, que Venkatapuram recoge y presenta en el concepto de metacapacidad «*metacapability*», como «un puente hacia la filosofía de los debates de salud y medicina a través del concepto de salud como una capacidad» (Venkatapuram, 2011: 44), argumentando que «al integrar la teoría de Nordenfelt con la teoría de las capacidades humanas básicas como la de Martha Nussbaum, algunas de las críticas de la teoría de L. Nordenfelt desaparecen» (Venkatapuram, 2011:64).

A partir de los hallazgos del proceso investigativo es dable una comprensión de la salud como una capacidad humana básica, construyendo el argumento filosófico para avanzar hacia una concepción de salud positiva, coherente con categorías de análisis propias de dicho enfoque como «vida buena», en un marco de pluralismo valorativo, eudamonia, «florecimiento humano», «calidad de vida», en donde la pregunta central es: ¿cuáles son las capacidades de las personas para llevar una vida buena? y ¿cómo la capacidad salud, instrumentalizada a través de la atención sanitaria, debe tener una importancia mayor?; conceptualizada no solo a partir del modelo de déficit propio del enfoque biomédico asistencialista, sino a partir de la vida. Bajo esta mirada es dable un entendimiento del proceso salud-enfermedad no solo como proyección del conflicto y del dualismo cultural, propio del discurso oficial bajo una visión de salud fragmentada, centrada en una idea de persona: «...que sufre de alguna enfermedad, como seres con órganos aislados, imperfectos o con una falla que puede arreglarse en ocasiones y otras no, desprovistos de emociones, sentimientos, de redes sociales, sin más historia que la historia clínica» (Herazo, 2014:26) y avanzar hacia la idea de un ser humano con el derecho a vivir la vida que estime razonable

vivir, desarrollando sus proyectos de vida y floreciendo como la clase de cosa que es. El «enfoque de las capacidades» brinda argumentos acerca de una valoración del ser humano en términos de su dignidad, lo que «...implica también que hay algo erróneo en no verse así mismo en cierto modo como portador de derechos y como ciudadano cuya dignidad y valor son iguales que los de los demás» (Nussbaum, 2007:163).

La salud en las esferas constitutivas del ser humano, las capacidades básicas y la idea de «vida buena»

Tras las reconfortantes ondulaciones de la vida en el seno materno, donde la nutrición es automática y las excreciones no son un problema, acaece de pronto esa violenta separación, esa bofetada de aire frío y esa dolorosa y solitaria impotencia (Nussbaum, 2019:42).

Desde los primeros hábitos de vida, al desprenderse el ser humano del útero materno requiere de asistencia y cuidado, ámbito en el cual la protección de la salud ocupa un lugar central. Para Nussbaum la concepción de «vida buena» parte de la defensa de «...que al menos ciertas cosas y personas que escapan al control del agente poseen un valor real» (Rodríguez, 2012:155), diferenciándose esta línea de argumentación con la defendida por los filósofos estoicos, para quienes el alcance de una vida floreciente implica el desarrollo de un modelo «...de autocontrol de las emociones bajo la supervisión de la razón» (Rodríguez, 2012:155). Este modelo de autosuficiencia «...que los estoicos atribuyen al sabio es una representación que no se ajusta a la realidad del ser humano, ni al mundo en que este se desenvuelve, lleno de peligros reales dependientes de acontecimientos fortuitos y de apremiantes necesidades de bienes externos» (Nussbaum, 1986: 417). De igual manera, Nussbaum afirma que «Se intenta determinar en qué medida son seguros los juicios sobre la *eudamónia* en el curso de la vida de una persona, dada la vulnerabilidad al infortunio del buen vivir» (Nussbaum, 2015: 417). Así que, partiendo de una recuperación de la ética de Aristóteles, Nussbaum:

«...incluye en su visión de la 'vida buena' el valor de algunos bienes externos, aunque siempre en cierta medida. Más aun, mantiene que el buen pensar y el buen desear no son independientes de las condiciones materiales y sociales, educativas e institucionales, en las que se desenvuelve el agente humano. De acá la importancia filosófica de averiguar cuáles son estos 'bienes básicos' que caracterizan el desarrollo humano para describir con mayor precisión las condiciones sociales y políticas en los que ese desarrollo humano pueda tener lugar (Rodríguez; 2012: 156).

Apunta Nussbaum a una ética de derechos y de la justicia que «solo puede tener sentido con los medios aristotélicos de las capacidades y del bien» (Malvasio, 2006:2).

Nussbaum (1992) «comienza por mostrar [...] una serie de capacidades o funciones que se dan en todas las culturas y definen nuestra humanidad común. Este conjunto de características constituye una noción 'esencialista' de la naturaleza humana o que, al menos asume, que la vida humana tiene ciertos rasgos centrales definitorios». A partir de esta tarea se definen los «bienes básicos» necesarios para alcanzar objetivos vitales y realizar los proyectos de vida. En el proceso investigativo se explora sobre

«...los elementos compartidos por las experiencias de diferentes sociedades en muchos tiempos y lugares, con el fin de especificar ciertas áreas de universalidad, a partir de lo cual elabora una «teoría densa y vaga del bien [...] La idea es que una vez identifiquemos un grupo de funciones importantes especialmente en la vida humana, estaremos en disposición de preguntar qué es lo que las instituciones sociales y políticas están haciendo con respecto a ella» (Nussbaum, 1992:214).

Identificadas las funciones esenciales para la vida humana, presenta el listado de capacidades humanas centrales y su reconocimiento por parte de los Estados será una tarea central de las políticas públicas y una condición necesaria de justicia para un ordenamiento político público; precisa la autora que «...Si la gente se encuentra sistemáticamente por debajo del nivel mínimo en alguna de estas áreas centrales, este hecho debería verse como una situación injusta y trágica que necesita atención urgente, aun si, en otros aspectos, las cosas están yendo bien» (Nussbaum, 2002:113). El posibilitar la especificación de ciertas áreas de universalidad la conducen a elaborar su «Teoría densa y vaga del bien» (Nussbaum, 1992:214). En palabras de Malvasio esta teoría:

«...consiste en construir un marco razonable de fundamentación que llama «esencialismo internalista» como estrategia a la vez, no metafísica, universalista pero sensible a las variaciones históricas y que se corresponde en los planos normativo y político, con el desarrollo de una teoría vagamente densa del bien y de procedimientos éticamente más adecuados para medir la «calidad de vida»» (Malvasio, 2006:3).

A continuación, se explican, en forma sucinta, los conceptos centrales de esta teoría y su impacto en la defensa de una concepción positiva de la salud.

«La teoría densa y vaga del bien». Salud como capacidad central:

Metacapacidad

El reconocimiento de la dignidad de las personas como agentes de elección propia y hacedores de su propia vida es una idea central en el proyecto nusbaumiano. La identificación del conjunto de «funciones importantes especialmente en la vida humana» sienta la plataforma teórica de defensa en los ámbitos políticos de un:

[...] amplio rango de libertades, además de sus condiciones materiales, y requiere también que respetemos a las personas como fines separados [...] preguntándonos cómo pueden todas y cada una de las vidas humanas contar con condiciones previas de libertad y de autodeterminación [No basta con preguntar] acerca del PIB per cápita, tratando la maximización de esta cifra como la meta social más apropiada y como base para una comparación entre las diferentes culturas [...] los datos globales no son suficientes para una evaluación normativa acerca de cómo le va a una nación: necesitamos saber cómo le va a cada uno, considerando a cada uno como una vida separada [...] es necesario que podamos utilizar una lista de bienes básicos para comparar en forma más fructífera la calidad de vida a través de las diferentes sociedades (Nussbaum, 2002: 98-100).

La identificación de las diez esferas o circunstancias comunes a todo ser humano constituye el primer momento de su «teoría normativa densa y vaga del bien», dando respuesta a la pregunta: «¿Cuáles son las características de nuestra humanidad común, características que nos llevan a reconocernos de otros, distantes en su ubicación y sus formas de vida, como seres humanos, y por otro lado, decidir que ciertos otros seres que se parecen a nosotros superficialmente podrían no ser humanos» (Riddle, 2014:37). La autora retoma el concepto aristotélico de la función adecuada del gobierno, cuya tarea es «... hacer disponible a todos y a cada uno de los miembros de la comunidad las condiciones básicas necesarias para elegir y vivir una buena vida humana plena, con respecto a cada una de las principales funciones humanas incluidas en esa buena vida plena» (Nussbaum, 1996:347) Para ella es tarea central el reconocimiento «...de por lo menos algunos de los rasgos valiosos, sin los cuales consideramos que ha desaparecido toda forma de vida humana» (Malvasio, 2006: 4).

Así explica González, las características de la «teoría normativa densa y vaga del bien»,

Esta es una teoría normativa en tanto que será capaz de guiar a las distintas instituciones en la busca de la justicia y equidad social, pero también porque desde ella se podrán cuestionar o criticar sus actuaciones actuales [...] La denominación de densa se debe a que [...] se pregunta por los fines y por la forma general y el contenido de la forma humana de vida. Y es vaga porque admite que pueden existir múltiples formas específicas en las que tales fines son alcanzados [...]. Es no- metafísica, o lo que es lo mismo es esencialista, porque parte de las concepciones que los individuos interpretan y evalúan por sí mismos como propias del ser humano. [...] Es universalista puesto que reclama que existe un consenso multicultural en torno a las funciones y capacidades que alcanza a definir, es decir, son compartidas por cualquier cultura, religión o propuesta de bien concreto» (González, 2007: 94).

El vivir una forma de vida auténticamente humana, nos permite adentrarnos en la categoría de «vida buena»: «...una vida buena o eudamónia, está constituida por el conjunto de todos los tipos de bienes, ¿qué es lo que incluye ese conjunto? Realizar con excelencia todas y cada una de las funciones propias de nuestra naturaleza, según la interpretación inclusivista de la eudamónia, es en lo que consiste el bien para nosotros» (Cázares, 2010: 69). A este propósito le apunta Nussbaum cuando insta a los gobiernos del mundo a ejercer la tarea de hacer disponible a todos y a cada uno de los miembros de la comunidad las condiciones básicas necesarias para elegir y vivir una buena vida humana plena. Es el segundo momento de la investigación de Nussbaum y «...una vez identificadas las experiencias fundamentales que revelan la configuración de la forma humana de vida, o las circunstancias constitutivas del ser humano [se da a la tarea de] ...identificar el comportamiento excelente dentro de ese ámbito o función correspondiente» (Rodríguez, 2012: 156) a partir de lo cual presenta su listado de «capacidades humanas básicas» (Nussbaum, 2005: 30), como conjunto de capacidades centrales en las que las políticas públicas de los Estados deberían hacer hincapié, para «...no solo hacer que sus ciudadanos sean capaces de alcanzar un mínimo social básico, sino también un máximo de su ser como personas» (González, 2007: 95).

La salud y su relación con las esferas de la vida humana y las capacidades prácticas

Nussbaum, con sustento en las ideas Aristotélicas, identifica ciertas características de nuestra humanidad común, estrechamente relacionadas con la lista original de Aristóteles, a partir de las cuales construye su listado de capacidades humanas básicas. En forma breve describe estas esferas constitutivas de nuestra humanidad:

- 1) Mortalidad: sin importar la forma en que se entienda la muerte, todos los humanos deben enfrentarse a ella.
- 2) El cuerpo: antes de cualquier conformación cultural concreta, nacemos con cuerpos humanos, cuyas posibilidades y vulnerabilidades no pertenecen como tales a ninguna cultura más que a otras.
- 3) Placer y dolor: en toda cultura hay una concepción del dolor, y a estas concepciones, que coinciden en gran medida entre sí, se les puede ver plausiblemente como asentadas en la experiencia universal y precultural.
- 4) La capacidad cognoscitiva: hay un elemento en nuestra humanidad común: 'Todos los seres humanos por naturaleza buscan el conocimiento'.
- 5) La razón práctica: Todos los seres humanos, cualquiera que sea su cultura, participan (o tratan de participar) en la planificación y administración de sus vidas, haciendo y respondiendo a preguntas sobre la forma en que uno debe vivir y actuar.
- 6) El desarrollo temprano del infante: las experiencias de deseo, placer, pérdida, finitud de uno mismo, envidia, sufrimiento y gratitud y otras actitudes emocionales más complejas son comunes a todos los hombres sin importar la sociedad a la que pertenecen.
- 7) Afiliación: los seres humanos por naturaleza son animales sociales, sin importar lo variadas que sean las concepciones de amor y amistad

son expresiones coincidentes de necesidades y deseos humanos compartidos. 8) Humor: algún espacio para el humor y el fuego parece ser una necesidad de cualquier vida humana (Nussbaum, 1996: 344-346).

La tabla 1 relaciona las 3 primeras esferas o circunstancias comunes a cualquier ser humano (mortalidad, cuerpo, placer y dolor) cotejadas con sus correspondientes capacidades básicas (vida, salud e integridad física, sentidos, imaginación y pensamiento).

Tabla 1

Esferas de la vida humana y lista de capacidades en estrecha relación con la salud

Esferas de la vida humana	Descripción	Lista de capacidades	Descripción
Mortalidad	«Sin importar la forma en que se entiende la muerte, todos los humanos deben enfrentarse a ella y (después de cierta edad) saben que así lo tendrán que hacer. Este hecho conforma a prácticamente todas las vidas humanas»	Vida	«Poder vivir hasta el término de una vida humana de una duración normal; no morir de forma prematura o antes de que la propia vida se vea tan reducida que no merezca la pena vivirla»
Cuerpo	«Antes de cualquier información cultural concreta, nacemos con cuerpos humanos, cuyas posibilidades y vulnerabilidades no pertenecen como tales a ninguna cultura más que a otras. Cualquier ser humano podría haber pertenecido a cualquier cultura. La experiencia del cuerpo recibe influencias culturales, pero el cuerpo en sí, antes de esa experiencia, proporciona límites y parámetros que aseguran muchas coincidencias en lo que se va experimentar, en lo que se refiere a hambre, sed, deseo y a los cinco sentidos».	Salud física Integridad física	Poder mantener una buena salud, incluida la salud reproductiva; recibir una alimentación adecuada; disponer de un lugar apropiado para vivir. Poder desplazarse libremente de un lugar a otro; estar protegido de los ataques violentos, incluidas las agresiones sexuales y la violencia doméstica; disponer de oportunidades para la satisfacción sexual y para la elección en cuestiones reproductivas.
Placer y dolor	«En toda cultura hay una concepción del dolor[. . .] es casi seguro que la respuesta negativa al dolor corporal sea primitiva y universal».	Sentidos, imaginación y pensamiento	«Poder utilizar los sentidos, la imaginación, el pensamiento y el razonamiento, y hacerlo de un modo verdaderamente humano [. . .] Poder disfrutar de experiencias placenteras y evitar el dolor no beneficioso».

* La primera formulación elaborada por Nussbaum (1992: 222) ha sufrido algunas modificaciones en las formulaciones de las capacidades básicas en sus últimos trabajos (Nussbaum, 2002: 120-123) (Nussbaum, 2007: 88-89) (Nussbaum, 2012: 53-55). Aquí se presenta la última de las formulaciones (Nussbaum, 2012: 53-55).

** (Nussbaum, 1996: 344- 346).

Tanto las esferas listadas como su cotejo con el listado de capacidades de Nussbaum están relacionadas con la salud. Si bien, precisa Venkatapuram que «...las capacidades relacionadas con la longevidad y la salud se enumeran primero y segundo en su lista» (Venkatapuram, 2011: 83) se incluye además en la tabla la esfera: placer y dolor con su correspondiente capacidad: «Sentidos, imaginación y pensamiento» (Nussbaum, 2002: 121); por considerar que también tienen estrecha relación con la capacidad salud.

El listado de capacidades es elaborado por Nussbaum «...mediante un método de razonamiento dialéctico muy similar al de Nordenfelt, pero preguntando qué tipo de vida es digna [...] una vida humana mínimamente decente, en todas las sociedades» (Venkatapuram, 2011: 64). Las capacidades listadas a continuación parten del reconocimiento de ser condición necesaria para una vida digna, saludable y auténticamente humana, razón por la cual Venkatapuram eleva la salud a la categoría de metacapacidad (Venkatapuram, 2011:44).

El listado representa un conjunto de mínimos requeridos para la salvaguarda de la dignidad humana y no una concepción de salud, no obstante Nussbaum, en nota al pie de página en su obra «Las mujeres y el desarrollo humano» (2002), enfatiza en la definición de salud reproductiva promulgada en 1994 por la International Conference on Population and Development (ICPD):

Salud reproductiva es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad o debilidad, en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus procesos. Salud reproductiva implica, así, que la gente sea capaz de tener una vida sexual satisfactoria y segura y que tenga la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia hacerlo (Nussbaum, 2002: 120-121).

Para ella, esta definición «combina adecuadamente con la idea intuitiva de un funcionamiento verdaderamente humano que guía la presente lista» (Nussbaum, 2002: 120-212). Por otra parte, Venkatapuram señala que «Estas capacidades, como derechos morales se convierten en objetivos políticos para la sociedad pluralista liberal; asegurar que cada miembro alcance un nivel umbral de estas diez capacidades centrales se convierten en objetivos políticos primarios» (Venkatapuram, 2011:65).

De la protección de la salud y su instrumentalización a través de los sistemas de salud es dable la potencialización de las demás capacidades, compartiendo la afirmación de Peñaranda: «...Así que el derecho a la salud sería el derecho al conjunto de derechos que implican las diez capacidades básicas propuestas por la filósofa norteamericana» (Peñaranda, 2015: 991).

Partiendo de la construcción teórica del «enfoque de las capacidades» es pertinente el análisis de categorías que inciden en la capacidad salud: vida buena, florecimiento humano *eudamonia* y sentar bases para el entendimiento de una concepción positiva de la salud, teniendo en su promoción un papel protagónico el Estado y la Sociedad. Para Nussbaum una tarea prioritaria del Gobierno es «...hacer disponible a todos y a cada uno de los miembros de la comunidad las condiciones básicas [...] para elegir y vivir una buena vida humana plena, con respecto a cada una de las principales funciones humanas incluidas en esa buena vida plena» (Nussbaum, 1996: 347). El «florecimiento humano» es «objetivo central del enfoque de capacidades» y su propósito es «...ver florecer cada cosa como la clase de cosa que es [...] atendemos con interés ético a cada tipo característico de florecimiento y tratamos de que no sea interrumpido ni resulte infructuoso» (Nussbaum, 2007: 344, 346).

En este punto se identifican similitudes del «enfoque de las capacidades» con la noción de salud de Nordenfelt, puesto que el listado presentado por Nussbaum llena de contenido la noción de salud de aquél, «...como las habilidades para alcanzar objetivos vitales que conducen a una felicidad mínima y decente» (Venkatapuram, 2011: 63). Los objetivos vitales se refieren a aquellas actividades que constituyen los proyectos humanos más importantes y fundamentales, y su logro contribuye a llevar una vida humana mínimamente decente. A su vez, las capacidades entendidas como umbrales mínimos a reconocer contribuyen al logro de objetivos vitales. Las capacidades se reflejan en términos de oportunidades que tienen los ciudadanos para vivir una vida auténticamente humana, en atención al «ergón de la naturaleza», lo que hace a cada ser humano ser lo que es.

La importancia de la salud como bien mayor

Explicitados los argumentos por los cuales la salud ocupa un lugar central como capacidad humana básica, es necesario analizar si la salud debe tener una importancia moral mayor que cualquier otro bien. Con tal propósito, se acude a Norman Daniels como referente obligado por sus aportes en el ámbito de la justicia en salud. El autor se interroga: «¿Qué obligaciones sociales tenemos unos con otros, como miembros de una sociedad, para poder promover y proteger la salud de toda la población y ayudar a los enfermos y a los discapacitados? [...] ¿Tiene la salud y, por consiguiente el cuidado de la salud y otros factores que repercuten en ella, una importancia moral mayor que cualquier otro bien?» (Daniels, 2008:13). En relación con la primera pregunta focal, refiere que existe una gran indignación cuando se presentan carencias en la prestación de los servicios de salud y en la atención médica, trayendo como consecuencia desigualdades sociales escandalosas que interfieren en las capacidades de las personas para obtener lo que necesitan en pro de la prevención y curación de la enfermedad y bajo este planteamiento se interroga:

¿Qué tiene de especial satisfacer las necesidades de atención médica? [...] No es sorprendente que las respuestas a estas preguntas dependan de explicar la importancia moral especial de la salud misma, al menos desde el punto de vista de la justicia. Una vez que podamos explicar por qué la salud es de especial importancia moral, podemos explicar por qué se le da especial importancia a la satisfacción equitativa de las necesidades de atención médica (Daniels, 2001:17).

Planteamientos como los anteriores sustentan la necesidad de acuerdos sociales y políticos que otorguen prioridad a la atención en salud, bajo la premisa de una importancia moral; propósito en el cual el constructo de la posición original de Jhon Rawls pareciera ser una alternativa de interés; en sus palabras: «He dicho que la posición original es el *statu quo* inicial apropiado que asegura que los acuerdos fundamentales alcanzados en él sean imparciales» (Rawls, 1995:29). El autor supone que en la «posición original los grupos son iguales, esto es, todos tienen los mismos derechos en el procedimiento para escoger principios; cada uno puede hacer propuestas, someter razones para su aceptación» (Rawls, 1995: 31). Así que, bajo la figura del contrato social, es dable el establecimiento de acuerdos sobre lo fundamental, de manera tal que se le otorgue al cuidado de la salud prioridad en su salvaguarda bajo el cumplimiento de umbrales mínimos.

Para Nussbaum, «La idea es que el conjunto de todos los derechos, debidamente definidos, son requisitos de la justicia, y ninguno puede sustituir a otro» y advierte: «A estas alturas debería resultar evidente que el enfoque de las capacidades va estrechamente asociado al enfoque de los derechos humanos. De hecho, lo veo como una especificación del enfoque de los derechos humanos» (Nussbaum, 2007: 96,283).

Por último, cabe destacar como argumentos de carácter filosófico que explican la necesidad de una protección de la salud de manera comprensiva, tanto en su noción negativa como en la concepción positiva a partir de la comprensión de salud como capacidad y la posibilidad de desarrollar vidas que se estimen valederas, los siguientes: a) el reconocimiento de una importancia moral mayor de la salud y su protección integral condición *sine qua nom* para el florecimiento humano en el marco de una vida auténticamente humana; b) en atención al reconocimiento del funcionamiento normal de una especie, lo que le hace ser lo que es el *ergón* propio de la naturaleza. Así que el conjunto de esferas constitutivas de la vida humana y su correspondiente capacidad, conjugan las necesidades del curso de la vida que, tal como precisa Daniels, estas «...necesidades de curso de vida son imprescindibles para lograr o mantener el funcionamiento normal típico de una especie» (Daniels, 2008:20), y c) la necesidad de aplicar enfoques teóricos alternativos, en especial categorías de análisis propias del «enfoque de las capacidades» de manera tal que favorezcan la equidad en la distribución de los servicios de atención en salud; bajo umbrales mínimos por debajo de los cuales, no es dable hablar de vidas auténticamente humanas.

A manera de cierre

Una visión comprehensiva de la atención en salud

La salud como bien público y capacidad básica para llevar una 'vida buena'

La defensa de una concepción de salud positiva, definida por Restrepo (2013) «...a partir de lo que se tiene, específicamente, de las capacidades de las personas para llevar una «vida buena», brinda argumentos de carácter filosófico que instan a una protección de la salud bajo imperativos morales preferentes, por su estrecha relación con el derecho a una vida propia de la especie humana, bajo imperativos éticos de dignidad. La atención en salud comprehensiva incide directamente en la posibilidad de llevar una 'vida buena' sobre lo que el mismo autor entiende como: «...una vida reflexivamente valorada, y es esa capacidad reflexiva en torno a la valoración de la propia vida la que fundamenta la idea del ser humano como agente, como sujeto moral» (Restrepo, 2013: 2374).

Por otra parte, para Venkatapuram (2011), «...la salud de una persona se conceptualiza de manera más coherente como sus capacidades para ser y hacer cosas que conforman una vida mínimamente buena, floreciente y no humillante para un ser humano en el mundo contemporáneo». Bajo estos argumentos sustenta la necesidad de avanzar hacia definiciones en salud de carácter ético no centradas en la enfermedad y advierte que «... debido a que la salud de una persona es una evaluación de sus habilidades para ser y hacer algunas cosas básicas, la capacidad de una persona para estar saludable puede entenderse como una metacapacidad; una capacidad global para lograr un conjunto de capacidades básicas para ser y hacer cosas que conforman una vida humana mínimamente buena en el mundo contemporáneo» (Venkatapuram, 2011: 20). Ahora bien, si la salud se eleva a la categoría de metacapacidad, reconociéndole una importancia moral mayor, es imperativo el entendimiento de esta como bien público, tal como dice Fisk «[...] en buena parte por el nivel de solidaridad que involucra y por la relación que el mismo puede tener con los fines sociales y con los bienes comunes» (Fisk, 2004:26). Y acá el deber de los acuerdos sociales y de las instituciones políticas, en su reconocimiento de manera comprehensiva y en la concepción de un sistema de salud que parta de las capacidades de la gente para vivir una vida auténticamente humana, es el objetivo que debe ser incorporado tanto en las métricas de valoración del desarrollo humano como en el diseño e implementación de las políticas públicas de atención en salud. En palabras de Stiglitz:

Lo que medimos afecta lo que hacemos y si medimos la cosa equivocada, haremos la cosa equivocada. Si solo nos concentramos en el bienestar material nuestra visión se vuelve distorsionada (Stiglitz, 2018: 46).

Referencias bibliográficas

- Aguirre, Rosa y Maria Macias** (2002). «Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad», *Humanidades Médicas*, 2(1), pp. 1-23.
- Arias-Valencia, Samuel** (2017). «Del saber cotidiano al conocimiento científico de la enfermedad en las poblaciones. Dificultades y retos de la epidemiología como disciplina científica». *Historia y Sociedad*, (32), pp. 83-101. <https://doi.org/10.15446/hys.n32.59163>
- Aristóteles** (2016). *Ética Nicomaquea. Política*. México, D. F., Editorial Porrúa.
- Ballester, Luis** (1972). *Galeno: en la sociedad y en la ciencia de su tiempo*. Madrid, Ediciones Guadarrama.
- Blanco, Jorge y Jose Maya** (2013). *Fundamentos de Salud Pública*. Tomo 1 Salud Pública. Medellín, CIB Fondo Editorial.
- Borisonik, Gabriel** (2011). «Ergón y areté en la filosofía política de Aristóteles», 02(02), pp. 99-114.
- Calderón Legarda, German** (2013). *Bioética, derechos y capacidades humanas*. Bogotá, D.C., Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Canguilhem, Georges** (2011). *Lo normal y lo patológico*. México, Ed. Siglo XXI.
- Cázares Blanco, Rocio** (2010). *Las concepciones aristotélicas de la vida buena y la falacia naturalista*. *Dianoia*, 60(65), pp. 67-90.
- Comaroff, Jean** (1982). *Medicine: symbol and ideology*. Edinburgh P. W. A. Treacher, Univerty.
- Daniels, Norman** (2008). *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge University Press.
- Fisk, Milton** (2004). *Bienes Públicos y Justicia Radical. Una moralidad política para la resistencia solidaria*. Cali, Colombia, P. E. U. del Valle.
- Foucault, Michel** (2012). *El nacimiento de la clínica*. Mexico, Ed. Siglo XXI.
- Franco, Saúl** (1994). «La Salud al Final del milenio». VI Congreso Latinoamericano y VIII Mundial de Medicina Social. Conferencia Juan Cesar García, pp.1-24.
- Galeno** (2018). *Sobre las facultades naturales. Las facultades del alma siguen los temperamentos del cuerpo*. Madrid, España, S. A. Editorial Gredos.
- García, Facundo** (2009). «Desacuerdo moral y estabilidad en la teoría de Martha Nussbaum». *Revista de Filosofía y Teoría Política* (40), pp. 63-90.
- Giroux, Élodie** (2011). *Después de Canguilhem: definir la salud y la enfermedad*. Bogotá, Colombia, U. El Bosque.
- Gómez Arias, Rubén Darío** (2018). «¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad?» *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36, suplemento 1, pp. 64-102.
- González, Elsa** (2007). «Una lectura actualizada de la ética aristotélica. La mirada de Martha Nussbaum». *Quaderns de Filosofia i Ciència* (37), pp. 91-100.
- Granda, Edmundo** (2000). «La salud pública y las metáforas sobre la vida». *Rev. Fac. Nac. Salud Publica*, 18(2), pp. 83-100.
- Granda, Edmundo** (2004). «¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?» *Rev Cubana Salud Pública*, 30(2), pp. 1-14.
- Granda, Edmundo** (2008). «El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico». *Rev. Fac. Nac. Salud Publica*, Edición Es(26), pp. 65-90.
- Herazo, Edwin** (2014). «La salud mental ante la fragmentación de la salud en Colombia: entre el posicionamiento en la agenda pública y la recomposición del concepto de salud». Facultad Nacional de Salud Pública: *El Escenario Para La Salud Pública Desde La Ciencia*, 32(Suplemento 1), pp. 11-27.
- Ymlicka, Will** (1995). *Filosofía Política Contemporánea. Una introducción*. Barcelona, España, S. A. Editorial Ariel.

- Lain Entralgo, Pedro** (1982). *El diagnóstico médico. Historia y Teoría*. Barcelona, Ed. Salvat.
- Macías, María Elena** (2001). «Tensiones en el tratamiento epistemológico de la salud». *Humanidades Médicas*, 1(3), pp. 1-9.
- Malinowski, Bronislaw** (1944). *A Scientific Theory of Culture and Other essays*. Londres, O. University.
- Malvasio, Daniel** (2006). «Sobre la 'teoría densa y vaga del bien' de Martha Nussbaum». *Action*, 8, pp. 1-9.
- Márquez, Miguel** (2011). «Formación del espíritu científico en salud pública». *Revista Cubana de Salud Pública*, 37, pp. 585-601.
- Moreno-Altamirano, Laura** (2007). «Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica». *Salud Pública de México*, 49(1), pp. 63-70. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342007000100009>
- Nussbaum, Martha** (1986). *The Fragility of Goodness. Luck and Ethics in Greek Tragedy and Philosophy*. Cambridge University Press.
- Nussbaum, Martha** (1992). «Human Functioning and Social Justice: In Defense of Aristotelian Essentialism». *Political Theory*, 20(2), pp. 202-246.
- Nussbaum, Martha** (1996). «Virtudes no relativas: un enfoque Aristotélico» en Martha C Nussbaum y Amartya Sen, comp., *La calidad de vida*. México, D. F., Fondo de Cultura Económica.
- Nussbaum, Martha** (2002). *Las mujeres y el desarrollo humano*. Barcelona, Herder.
- Nussbaum, Martha** (2005). *Capacidades como titulaciones fundamentales: Sen y la justicia Social*. Bogotá, Universidad Externado de Colombia.
- Nussbaum, Martha** (2007). *Las fronteras de la justicia: Consideraciones sobre la exclusión*. Barcelona, España, Editorial Paidós Ibérica S.A.
- Nussbaum, Martha** (2012). *Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona, España, Editorial Paidós.
- Nussbaum, Martha** (2015). *La Fragilidad del Bien. Fortuna y ética en la tragedia y la filosofía griega*. Madrid, España, S. A. Cofás.
- Nussbaum, Martha** (2019). *La monarquía del miedo. Una mirada Filosófica a la crisis política actual*. Barcelona, España, S. A. Editorial Planeta.
- Organización Mundial de la Salud** (1948). Asamblea Constituyente de la Organización Mundial de la Salud.
- Peñaranda, Fernando** (2015). «Sujeto, Justicia social y salud pública». *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4), pp. 987-996. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00552014>
- Quevedo, Emilio** (1992). *El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas*. Bogotá, Zeus Asesores, Ed. Sociedad y Salud.
- Rawls, John** (1995). *Teoría de la Justicia*. México, D. F., Fondo de Cultura Económica.
- Restrepo Ochoa, Diego Alveiro** (2013). «La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública». *Cad. Saúde Pública*, 29(12), pp. 2371-2382.
- Riddle, Christopher** (2014). *Disability and Justice. The Capabilities Approach in Practice*. Lanham, Maryland.
- Rodríguez, Rubén Benedicto** (2012). *Martha Nussbaum: Las capacidades humanas y la vida buena*. Turia, pp. 155-172.
- Sen, Amartya** (1999). *Nuevo Examen de la Desigualdad*, primera edición, Alianza Editorial.
- Sen, Amartya** (2000). *Desarrollo y libertad*. Editorial Planeta.
- Sen, Amartya** (2002). «¿Por qué la equidad en salud?», *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 11(5/6), pp. 302-309. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000500005>
- Sen, Amartya** (2010). *La idea de la justicia*. Bogotá, Colombia, Editorial Taurus.
- Vasco, Alberto** (1986). *Salud, Medicina y clases sociales*. Editores Rayuela.
- Venkatapuram, Sridhar** (2011). *Health Justice: An argument from capabilities approach*. Londres, Polity Press.