

Paga el día el día

Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco
Departamento de Ciencias Tecnológicas y de la Salud
Mestría en Medicina Social

Diferencias entre el Enfoque Filosófico de la Medicina Social y el Enfoque Filosófico de las Capacidades de la Medicina Social

Adónis Comunicación de Resultados que para obtener el grado de Mestría en Medicina Social presenta:

Vanessa Márquez Ramos

Director:

Sergio López Montaño

Asesor:

Walter Luis González

31 de enero de 2018



Casa abierta al tiempo

**Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco
División de Ciencias Biológicas y de la Salud**

Maestría en Medicina Social

**Diferencias entre el *Enfoque Médico de Capacidades* de la OMS y
el *Enfoque Filosófico de las Capacidades* de Amartya Sen**

**Idónea Comunicación de Resultados que para obtener el grado
de Maestra en Medicina Social presenta:**

Vanessa Vázquez Ramos

**Director:
Sergio López Moreno**

**Asesor:
Víctor Ríos Cortázar**

31 de enero de 2018

A Marco A. y Susana R., mis padres, con amor y admiración

A Brenda A., con profundo agradecimiento por su apoyo en todo momento

A Edgar A., mi inspiración a seguir cada día †

**Al profesor Sergio López Moreno por acompañarme en el
proyecto y el apoyo constante durante la Maestría en Medicina
Social**

**A los profesores Ángel Alonso, Edgar Jarillo, Víctor Ríos, David
Benítez, Esperanza Uribe y Raquel Flor Guerrero por su valioso
tiempo y comentarios**

**A todo el equipo de profesores y compañeros de la Maestría en
Medicina Social, por acompañarme en mi desarrollo en esta
aventura**

**A mí querida maestra Guadalupe Olivares, por su buena
compañía en todo momento, porque me ha formado para la vida**

Al capitán Emiliano Vázquez, por impulsar mis alas para volar

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	1
I. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	3
II. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	5
III. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	6
IV. MARCO CONCEPTUAL	7
V. METODOLOGÍA	29
VI. RESULTADOS	35
1. Enfoque médico (OMS)	37
2. Enfoque filosófico (Amartya Sen)	53
VII. DISCUSIÓN	70
VIII. REFERENCIAS	81

RESUMEN

El tema de las capacidades en salud ha sido planteado en las últimas décadas desde dos perspectivas:

1. El enfoque de la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien, con su definición de discapacidades, limita las capacidades en salud a la ausencia de discapacidad, concibiéndolas como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación.
2. El enfoque que plantea Amartya Sen, quien define a las capacidades como la libertad que cada persona debe poseer para elegir entre diferentes formas de vida a fin de acercarse a lo que considera una vida valiosa y digna de ser vivida, sentando las bases para desarrollar específicamente el tema de las capacidades en salud.

A pesar de que los interesados en el tema reconocen ambos enfoques como conceptual y teóricamente diferentes, no es raro que sus discursos sean confundidos. Así, al utilizar los términos *capacidades* o *discapacidad* de manera ambigua, intercambiable, sin definiciones precisas, los contenidos esenciales de las dos escuelas pierden su especificidad y, en consecuencia, su rigor académico. Es común, por ejemplo, que los textos de la OMS se refieran a la discapacidad como si se tratara del enfoque de Sen, y que el propio Sen proporcione ejemplos para comprender sus tesis usando ejemplos de discapacidad física o mental. Ante estas contradicciones y la necesidad de no confundir el tipo de capacidades al que se refiere cada uno de los enfoques, surge la pregunta de investigación: *¿Existen verdaderas diferencias entre el enfoque médico sobre la*

discapacidad de la OMS y el enfoque filosófico sobre las capacidades de Amartya Sen? Si es así, ¿Cuáles son estas diferencias?

Este ejercicio puede contribuir al debate sobre qué capacidades en salud se requiere promover de manera efectiva, a fin de alcanzar una sólida y duradera justicia en salud.

Para analizar los enfoques anteriores se consideró conveniente llevar a cabo un análisis de contenido. Éste fue clasificado en tres dominios: a) epistemológico, b) ético y c) político. Cada uno de fue analizado en profundidad para cada enfoque.

Para el caso de la OMS, se realizó un análisis de textos oficiales nacionales e internacionales desde 1980 hasta la actualidad. Para el caso del enfoque filosófico —que comienza en 1979 en el ciclo de conferencias Tanner con la ponencia *¿Igualdad de qué?* de Amartya Sen— se retoman los textos del propio Sen y de otras autoras y autores que a lo largo del periodo han colaborado a su fortalecimiento. Toda la información obtenida fue transcrita y procesada mediante el uso del Programa Atlas-Ti (versión 2.1).

Dentro de los resultados más relevantes de la investigación se encuentran: a) el contenido fundamental de cada propuesta; b) las principales diferencias entre ambos enfoque, y c) una reflexión sobre qué tipo de capacidades en salud podría impulsar cada enfoque.

I. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El tema de las capacidades en salud se ha planteado tradicionalmente desde dos perspectivas: La Organización Mundial de la Salud (OMS) —sobre todo a partir de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, de 2001— define a la capacidad de manera antónima, refiriéndose a la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación (OMS, 2017). Esta definición es inespecífica y básicamente se refiere a las dos últimas categorías: las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación.

En el caso del enfoque propuesto por Amartya Sen (AS), las capacidades se definen como el conjunto de libertades básicas que cada persona debe poseer para elegir entre diferentes formas de vida a fin de acercarse a lo que considera una vida valiosa y digna de ser vivida (Sen, 1979). Este enfoque proporciona las bases para desarrollar de manera específica el tema de las capacidades en salud, en el cual participan autoras como Martha Nussbaum y Jennifer Prah. En este enfoque observamos que —aun cuando se plantea una definición sobre las capacidades en salud distinta a la formulada por la OMS— los ejemplos que se presentan no se distinguen claramente. Al mencionar la ausencia o limitación de las capacidades, por ejemplo, se señala a personas con limitaciones en sus funcionamientos específicamente físicos.

Ante la anterior contradicción y la necesidad de no confundir el tipo de capacidades al que se refiere cada uno de los enfoques, y saber si las capacidades son o no exclusivamente un antónimo de las discapacidades, el propósito del estudio es realizar un análisis que facilite identificar si existen diferencias entre: i) El *Enfoque Médico sobre la Discapacidad* de la OMS y, ii) El *Enfoque Filosófico sobre las Capacidades* de Amartya Sen.

En el caso de la OMS, el tema de las capacidades se ha discutido y modificado con relativa frecuencia, llegando a considerarse a las capacidades en un sentido positivo. Estos cambios iniciaron con la crítica del modelo de las deficiencias, discapacidades y minusvalías propuesto en 1980, que culminó con una nueva manera de clasificar las discapacidades.

En el caso de las aportaciones de Amartya Sen, el enfoque parte de los escritos fundacionales sobre el bienestar de la persona y la calidad de vida de 1999. Los autores interesados en este desarrollo han complementado paulatinamente las tesis iniciales hasta proyectar una visión de las capacidades como resultado de una construcción colectiva, superando la idea individual del enfoque.

Para analizar ambas perspectivas se examina su contenido epistemológico, ético y político. Se han considerado estas tres dimensiones (epistemológica, ética y política) debido a la convicción de que resultan fundamentales para definir y visualizar las diferencias y similitudes entre ambos modelos. El uso de las dimensiones propuestas nos permitirá diferenciar a qué se alude,

epistemológicamente, cuando cada enfoque habla de capacidades; a qué tipo de ética corresponde cada una, y qué compromisos políticos implican. En última instancia, del enfoque del que se parta dependerá no sólo la forma, sino el contenido esencial de las capacidades en salud, ya sea como meta sanitaria o como derecho del que deben gozar todas las personas.

Para cumplir con el propósito de la investigación se consideró pertinente examinar los contenidos de ambos enfoques a partir de los documentos básicos de ambas escuelas, y que actualmente sirven de base para diseñar, dirigir y crear formas de pensamiento, en función de la concepción que contienen sobre lo que son las capacidades en salud.

II. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Ante las diferencias que aparentemente existen al examinar los dos enfoques sobre *capacidades* relacionadas con la salud, surgen las siguientes preguntas:

- a) ¿Existen diferencias reales entre el enfoque médico de la OMS y el enfoque filosófico de Amartya Sen sobre las capacidades en salud?, y
- b) En el caso de existir diferencias entre ambos enfoques ¿Cuáles son las más relevantes?

III. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El volumen de personas con discapacidad —sea por avanzada edad, condición genética o consecuencia de enfermedades— se encuentra en creciente aumento y nos enfrenta a la urgencia de conocer de manera más precisa a qué nos referimos cuando aludimos a esta grave condición de salud.

La discapacidad en el mundo afecta actualmente al 15 por ciento de la población mundial. En este momento, entre 110 millones y 190 millones de adultos tiene dificultades considerables para funcionar, padece los efectos del envejecimiento y las consecuencias de una infinidad de enfermedades crónico-degenerativas. Adicionalmente, el problema no escapa a la desigualdad que afecta a los grupos sociales, aquejando de manera más profunda a las poblaciones menos favorecidas. Por esta razón el tema de la discapacidad es importante no sólo para la salud pública sino para muchas otras escuelas de pensamiento, entre la que se encuentra la Medicina Social (MS). La MS contemporánea se preocupa por saber cuáles son los criterios para evaluar la calidad de vida de las personas y los grupos sociales, pues es un elemento de suma importancia para comprender cómo se origina y desarrolla el proceso salud-enfermedad. La MS actual se ha propuesto, entre otros propósitos, explorar las capacidades en salud con el fin generar procesos de reflexión analítica que aporten un concepto más amplio de la salud.

Aunque en principio, los diferentes abordajes sobre la discapacidad y las capacidades resultan claramente distintos, muchos discursos

académicos y políticos continúan tratándolos como si fuesen, en esencia, semejantes. Pero existen contradicciones de fondo que pueden llegar a confundirnos sobre el tipo de capacidades y funcionamientos de los que estamos hablando, por lo que resulta importante definir qué significan estos conceptos para cada enfoque. Este ejercicio puede contribuir al debate sobre qué capacidades en salud se requiere promover de manera efectiva, a fin de alcanzar una sólida y duradera justicia en salud.

IV. MARCO CONCEPTUAL

Enfoques sobre la discapacidad y las capacidades

Enseguida se describen los dos enfoques comúnmente utilizados en el estudio de las capacidades y discapacidades en salud.

El primero, al que nos referiremos como el *enfoque médico*, fue propuesto por la OMS desde 1980 y modificado con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de 2001 (CIF).

El segundo enfoque —que denominamos *enfoque filosófico*— fue propuesto por Amartya Sen y se refiere a las capacidades como el conjunto de libertades básicas que posee cada persona para elegir lo que considera una vida valiosa.

Enfoque médico de la discapacidad

La respuesta de la OMS a la problemática de la discapacidad fue la creación de un modelo conocido como *modelo rehabilitador*, que ofrece a las personas la posibilidad de ser incluidas y participar en las actividades colectivas. La pregunta, sin embargo, es si esto permite a las personas participar efectiva y libremente en las actividades colectivas e incrementar su bienestar y calidad de vida.

Por ejemplo, para una persona con debilidad visual, la OMS propone la rehabilitación mediante cirugía o uso de anteojos. El objetivo es que la debilidad visual no sea un obstáculo para la realización de las actividades cotidianas de la persona, primero, ni para su inclusión en las actividades colectivas, en segundo lugar. No obstante, no todo mundo está de acuerdo en que la realización de acciones técnicas —consideradas como la principal, y a veces la única estrategia— permita a las personas incorporarse efectivamente en los grupos sociales y participar libremente en las actividades colectivas (OMS, 2016). En esencia, el enfoque de la OMS deriva de lo que se podría denominar genéricamente el *enfoque médico sobre la discapacidad*. Enseguida se detallan los antecedentes más próximos de este enfoque, así como sus principales características.

La OMS considera a la discapacidad, básicamente, como la ausencia de un funcionamiento biológico y físico “normal” en individuos específicos. La OMS ha abordado este problema en dos momentos históricos: i) la primera en 1980 cuando publicó, con carácter experimental, la Clasificación Internacional de Deficiencias,

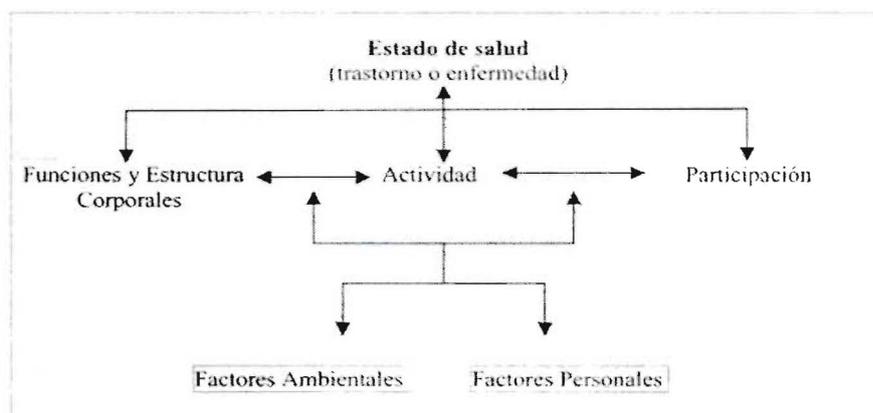
Discapacidades y Minusvalías (CIDDMM); ii) posteriormente propuso abandonar la taxonomía “discapacidad” y “minusvalía” y luchar por reconocer a las personas con *diversidad funcional*. La nueva nomenclatura fue aprobada para su uso mundial en 2001, con la publicación de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud* (CIF). En resumen, este desarrollo consistió en la sustitución de los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía por los de capacidades, funcionamientos y participación. Una breve descripción de este proceso puede dar algunas pistas sobre los ajustes reales que la OMS hizo a su modelo fundamental, planteado en 1980.

En 1980 la OMS enfocaba el problema utilizando tres conceptos: deficiencia, discapacidad y minusvalía. Los tres conceptos coincidían por lo menos en una cosa: básicamente consistían en la desviación de alguna norma. La deficiencia representaría la desviación de alguna norma en el estado biológico del individuo, revelando trastornos a escala orgánica (Agreda, 2009). La discapacidad sería una consecuencia, directa o indirecta, de la presencia de alguna deficiencia en el rendimiento funcional y la consecuente pérdida de habilidades esenciales para la vida cotidiana —en forma de actividades y comportamientos. La minusvalía sería la discrepancia entre el estatus del individuo discapacitado y las expectativas del grupo al que pertenece; la minusvalía hace referencia a otras personas, por lo que resultan de primera importancia los valores dominantes y la organización institucional existente en una sociedad en un determinado periodo histórico. En 1982 la ONU propuso

medidas para lograr la igualdad y la plena participación social de las personas afectadas por deficiencias y discapacidades centradas en la transformación de la sociedad —y no exclusivamente en la recuperación de los funcionamientos biológicos. Este intento, que buscaba superar los criterios basados en la rehabilitación individual que fueron dominantes durante los años sesenta y setenta tuvo, sin embargo, muy pocas consecuencias directas en la formulación de las políticas públicas en materia de discapacidad.

Como se puede observar en la figura 1, durante los años ochenta la OMS proponía una perspectiva sobre la salud basada en la estructura y el funcionamiento corporales, considerando a las discapacidades como consecuencias biológicas de la enfermedad, dentro de una red —en la cual no existía ninguna jerarquía— en donde las actividades y la participación se combinaban ambiguamente con lo que se consideraba factores “ambientales” y “personales”.

Figura 1. Determinación del estado de salud según la OMS



(CIDDM 1980)

Como puede observarse, cuando la OMS habla de funciones y estructuras corporales alude a una relación compleja entre factores ambientales (las actitudes de la sociedad, las características arquitectónicas, el sistema legal) y factores personales (género, edad, estados de salud, estilos de vida, hábitos), haciendo referencia a la forma en que diferentes tipos de funcionamientos determinan las condiciones de salud. Ejemplos de esta relación serían las enfermedades crónico-degenerativas que tienen consecuencias físicas que limitan a las personas para cumplir sus objetivos de salud en sus contextos cotidianos, como la movilidad. La CIDDM señala, en resumen, que la discapacidad de una persona está determinada fundamentalmente por el nivel y la extensión de sus funcionamientos, los que a su vez influyen sobre sus actividades y formas de participación, en un contexto esencialmente reduccionista (CIDDM, 1980).

Durante el desarrollo de la CIDDM se propuso una combinación de dos modelos: *el modelo médico* y el denominado *modelo social*¹. Ambos proponen la modificación de las políticas sociales en salud, a pesar de que cada uno posee distintos contenido y objetivos sobre la discapacidad.

El modelo médico se enfoca meramente a los funcionamientos biológicos y físicos (funciones mentales; funciones; sensoriales; funciones de la voz y el habla; funciones de los sistemas

¹ No debe confundirse este modelo con el propuesto por la Medicina Social, basado en la historicidad del proceso salud enfermedad; la distribución social de las condiciones y recursos de salud; la determinación social de la salud, y el derecho a la salud como derecho humano fundamental.

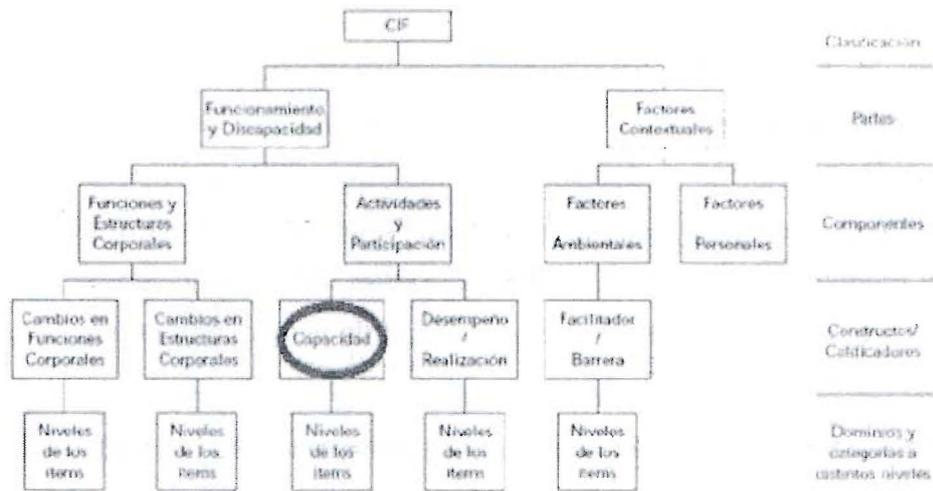
cardiovasculares; hematológicos, inmunológicos y respiratorios; funciones del sistema digestivo; metabólico y endocrino; funciones genitourinarias y reproductoras; funciones de la piel y estructuras relacionadas; estructura corporal; estructura del sistema nervioso; el ojo, el oído y estructuras relacionadas; estructuras relacionadas con la voz el habla).

El modelo social de la OMS está compuesto por las actividades relacionadas con el aprendizaje y la aplicación del conocimiento; la comunicación; el movimiento; el desplazamiento en el entorno; el cuidado personal; la realización de actividades domésticas, interpersonales y las tareas principales de la vida. También incluye, sin ninguna jerarquización, a la educación, el trabajo, la participación en la comunidad y en la vida social y cívica.

La limitación de ambos modelos es que el primero se reduce al ámbito biológico y el segundo propone trabajar la inclusión social, pero dando por hecho que los funcionamientos de las personas dependen exclusivamente de la inclusión colectiva, sobre todo a partir de la rehabilitación. Por otra parte, plantean los funcionamientos y capacidades desde la enfermedad y no desde la salud.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud de 2001 ofrece una combinación de ambos modelos, dando como resultado el modelo planteado en la figura 2.

Figura 2. Combinación de Modelos de Discapacidad (CIF)



(CIF, 2001)

En este caso las actividades y participación de las personas se encuentran determinadas tanto por la capacidad como por el desempeño y la realización, características que responden al grado de funcionamiento de las personas. Entre las categorías epistemológicas que pueden identificarse en el documento fundacional de la CIF se encuentran: a) las limitaciones en la actividad; b) la participación; c) las restricciones en la participación; d) los factores contextuales; e) los factores ambientales; f) los factores personales; g) los facilitadores; h) las barreras; i) la capacidad; j) el desempeño y k) la realización (CIF, 2001). Todas ellas poseen características que deben ser analizadas pues en conjunto determinan la posición teórica del modelo médico sostenido por la OMS.

Se han hecho diversos esfuerzos para sintetizar las propuestas contenidas en los distintos acercamientos a la discapacidad hechos por la OMS, por otros organismos internacionales y por los académicos interesados en el tema. Toboso resume estos esfuerzos en tres modelos de explicación sobre las discapacidades: a) el Modelo de Prescendencia; b) el Modelo Médico Rehabilitador (asistencial) y c) el Modelo Social (Toboso, 2008). Todos ellos coinciden en los conceptos de logros de bienestar, calidad de vida y libertad por parte de la persona (Cfr. tabla 1).

Tabla 1. Modelos de pensamiento sobre discapacidades-capacidades

Modelo	Características
Modelo de prescindencia	<ul style="list-style-type: none"> • Se desarrolló en la sociedad griega y romana durante la antigüedad clásica. • Atribuye el origen de las causas de la discapacidad a cuestiones religiosas. • A quienes tienen alguna discapacidad los etiqueta como una carga social y da por hecho que no tienen nada que aportar a la sociedad.
Modelo médico Rehabilitador	<ul style="list-style-type: none"> • Su mayor desarrollo fue posterior a la Segunda Guerra Mundial con los heridos de guerra. El impulso de la OMS en investigación sobre las discapacidades se da en su mayoría en este modelo de explicación. • Justifica las causas en un marco médico-científico. • Alude a la discapacidad en términos de enfermedad o "ausencia de salud". • Considera que el individuo puede aportar a la comunidad sólo si es "rehabilitado o normalizado". • El proceso de normalización al que se ve expuesto es lo que permite que sea valorado como persona, ciudadano o ciudadana.

Modelo Social

- Se desarrolló a finales de la década de los años sesenta y principio de los setenta del siglo XX.
- Las causas tienen un origen social.
- Las limitaciones de las personas no son causa de la discapacidad, sino de la sociedad para prestar servicios apropiados que garanticen la participación social en la organización de la misma.
- Toda vida humana es igualmente digna.
- Aboga por la inclusión y la aceptación plena de las diferencias.
- Normalización de la sociedad y no de la persona.

Fuente: Elaboración propia, basada en Toboso, 2008

Como puede observarse en la tabla 1, el *modelo de prescindencia* para definir las discapacidades-capacidades suele ser rápidamente refutable, pues se basa en creencias, sobre todo religiosas. Para fines científicos no es posible sostener esta perspectiva para definir las capacidades en salud.

El *modelo rehabilitador* define las capacidades con base a un pensamiento extremadamente biologicista. Si partimos de la premisa que señala que los médicos hegemónicos conciben la salud como la ausencia de enfermedad (Menéndez, 2001), las discapacidades serían las deficiencias biológicas y sus efectos sobre el funcionamiento. Bajo este modelo se definen originalmente las discapacidades, porque el funcionamiento limitado representa una pérdida de la capacidad "normal" de desempeño en el mundo (o su restricción, en mejor de los casos). Al mismo tiempo, el modelo propone que la sociedad provea de soportes para que la discapacidad

de algunas personas no sea una limitación para incluirlas en las actividades colectivas cotidianas. Ante la discapacidad visual se implementan instrumentos como anteojos o técnicas quirúrgicas que *rehabiliten* el funcionamiento adecuado de la vista (Toboso y S, 2008). Una de las deficiencias del modelo rehabilitador —en el que se encuentra sustentado el proceso de normalización— es que sin rehabilitación la persona no es valorada como persona.

Por último, el *modelo social* (que en este caso sí incluye, aunque sólo algunos de los elementos del modelo propuesto por la medicina social), promueve el diseño de políticas públicas con alto contenido social, así como igualdad de oportunidades en la participación de todos los ciudadanos y ciudadanas. La responsabilidad de atender el problema se atribuye a la sociedad —y no a los individuos— pues es ella la responsable de facilitar todos los servicios a todas las personas, quienes deben tener las mismas oportunidades de desarrollo. Es decir, las personas pueden desarrollar sus potencialidades o capacidades siempre y cuando la sociedad provea los medios humanos, tecnológicos y de acceso necesarios para situarlas en igualdad de condiciones (Toboso y S, 2008).

Toboso señala que autores como Palacios y Romañach (2006) hablan de la necesidad de implementar un modelo que reconozca la "diversidad funcional" (incluyendo en esta categoría a la discapacidad) y proponen un modelo llamado *modelo de la diversidad*, que se caracterizaría porque todas las personas tendrían un mismo valor moral, independientemente de sus distintas "capacidades o

discapacidades". Esto permitiría garantizar a todos los mismos derechos humanos.

Cuando se habla de garantizar los derechos humanos —entre ellos el derecho a la salud— es necesario conocer los diferentes modelos de pensamiento sobre las capacidades y los funcionamientos porque, como se ha mencionado, estas perspectivas se convierten finalmente en políticas sociales que conciernen a todas las personas independientemente de si se es blanco, mulato, hombre, mujer, homosexual, sordo o mudo. La calidad moral y el valor social deberían de ser los mismos (Romañach, 2006).

Los modelos más recientes de la OMS coinciden en la búsqueda del bienestar personal y colectivo. Sin embargo, ha sido una meta que no se ha cumplido, quizá porque hasta quienes proponen el modelo de la *diversidad funcional* responden a una visión de capacidades y funcionamientos que parte de las deficiencias físicas y biológicas y, consecuentemente, tiene su origen en la enfermedad.

Entonces, ¿cómo lograr una situación de bienestar donde las capacidades en salud no respondan sólo a una visión fundamentalmente biológica, sino que sean intrínsecamente sinérgicas y complementarias de otras capacidades?

Enfoque filosófico sobre las capacidades

El enfoque de las capacidades se presenta por primera vez en 1979, en una conferencia dictada por Amartya Sen en la universidad de Stanford, en el ciclo Tanner sobre valores humanos. En la conferencia

“¿Igualdad de qué?”, Sen se refiere a la necesidad de evaluar el bienestar desde el punto de vista de la habilidad de una persona para realizar acciones que le permitan alcanzar una vida considerada valiosa para sí misma (Urquijo, 2008).

Según este modelo, las políticas sociales en torno al bienestar no pueden fundarse sólo en el discurso biologicista, por lo que es ineludible desarrollar un concepto estructural de las capacidades que, además de incluir las capacidades biológicas, aporte reflexiones filosóficas y económicas con las que se puedan establecer normas jurídicas y sociales que provean de bienestar y salud a las personas y los colectivos (Nussbaum, 1996).

El enfoque filosófico sobre las capacidades de Sen, como se mencionó, surge a partir del análisis del bienestar y la calidad de vida de los individuos, más allá del aumento de la producción económica nacional o del PIB. Según esta postura, el desarrollo social tiene que ver con lo que las personas realmente pueden *ser* y *hacer*, a lo que Sen llama “Funcionamientos”. Sen señala que las habilidades de una persona para poder *ser* y *hacer* lo que decida incrementan sus funcionamientos en salud. Con esta propuesta abre un nuevo enfoque sobre las CS, distinto a los planteados previamente por la OMS.

Según Sen, las capacidades son habilidades que permiten a las personas incrementar sus funcionamientos. A su vez, éstos le dan mayor libertad, es decir la posibilidad de elegir la clase de vida que quiera vivir (Sen, 2010). Como podemos observar, a diferencia de las capacidades definidas desde una perspectiva médica, este enfoque

considera que las capacidades van más allá de los funcionamientos estrictamente biológicos. Adicionalmente, este enfoque es exponencial, lo que significa que determinadas capacidades permiten crear o incrementar otras capacidades —tanto de las personas como de los colectivos— para lograr lo que consideran valioso para su vida. Por ejemplo, la libertad de elegir el propio trabajo o el tipo de educación que consideran mejor (Restrepo-Ochoa, 2013).

A diferencia del *modelo social* propuesto por la CIF, el enfoque seniano de capacidades y funcionamientos va más allá de la inclusión de las personas en actividades cotidianas y de participación social. Plantea el desarrollo de funcionamientos que permiten ser expansivos al lograr más funcionamientos individuales o colectivos.

Los conceptos que maneja este enfoque son los siguientes: Los funcionamientos valiosos pueden variar desde los más básicos (por ejemplo, estar bien nutrido o tener buena salud) hasta los más complejos (cómo la de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida). En todo caso, la capacidad como concepto es la expresión que sirve para representar las diferentes combinaciones alternativas que tiene una persona para *ser o hacer*. Los logros alcanzados a partir de estas habilidades (equidad, calidad de vida, bienestar) serían los funcionamientos alcanzados (Téllez, 2015).

La calidad de vida, bajo este enfoque, va más allá de los funcionamientos que una persona pueda lograr en la vida; es decir, una buena calidad de vida permite a la persona alcanzar estabilidad y bienestar (Nussbaum, 1996). La libertad es la acumulación del mayor

número posible de capacidades que una persona tiene oportunidad de ejercer (Toboso, 2008).

La argumentación epistemológica de Sen está basada en el pensamiento aristotélico del bien humano o potencialidad, traducida como "capacidad para existir o actuar". Esta argumentación ha sido ampliada por Martha Nussbaum desde 1988, quien ha elaborado su propio enfoque de capacidad (Restrepo-Ochoa, 2013).

Desde el punto de vista estrictamente de salud, las capacidades se han desarrollado teóricamente desde diferentes perspectivas y se han utilizado para alcanzar fines políticos, educativos y como articuladores entre las personas y el Estado. Comenzaremos a definir las capacidades desde su forma más simple hasta las definiciones médicas, filosóficas y económicas, con el objetivo de identificar los diversos discursos y su implicación en la implementación de políticas públicas y académicas.

Capacidades en Salud

En la misma línea de pensamiento y con el afán de nutrir la propuesta de Nussbaum, Jennifer Prah Ruger hace una operacionalización del enfoque específicamente en salud, afirmando que es posible diagnosticar las capacidades en salud de individuos y sociedades, e identificar las condiciones que facilitan o impiden que las sociedades o individuos tomen sus propias decisiones en relación con su salud (Prah, 2010). Prah asegura que evaluar las políticas sociales bajo la perspectiva del enfoque de capacidades en salud permitiría obtener datos más precisos que nos ayuden a identificar los objetivos en salud

que tendríamos que alcanzar, además de identificar injusticias en salud más allá de la distribución de los recursos (Prah, 2010).

Prah hace énfasis en un conjunto limitado de capacidades en salud que se pueden evaluar, sin embargo, invierte mayor atención en las capacidad de agencia y libertad, ya que para ella el propósito fundamental debe ser que las personas puedan ejercer con responsabilidad su salud a través de la agencia, en un marco donde decidir no tomar una decisión positiva para su salud también se considere parte de las capacidades de la persona.

Para el enfoque seniano las capacidades engloban el universo completo de dominios de la vida humana, incluyendo aspectos físicos, mentales y sociales que componen lo que se puede llamar una "buena vida". Los dominios de salud, por lo tanto, son un subgrupo de los dominios que componen el universo total de vida humana. Por ejemplo, en el dominio externo estarían el trabajo, la educación, el ambiente, mientras que en el dominio de la salud y el bienestar se encontrarían la posibilidad de ver, hablar, recordar, entre otras a nivel biológico.

El enfoque filosófico de Amartya Sen abre la posibilidad de plantear un modelo que no se limita a las propuestas de la OMS, pues incluye a quienes se considera discapacitados pero no se reduce a ellos; implica la inclusión social de lo diferente, plantea capacidades desde la salud —y no sólo desde la enfermedad— y considera que el logro del máximo posible de capacidades no puede separarse del propósito último de vivir una vida valiosa.

Criterios para el análisis de los enfoques

Para el análisis del contenido planteado por cada enfoque sobre las capacidades se tomaron como referencia tres dominios —o ejes de análisis— referidos a los contenidos epistemológicos, éticos y políticos de cada postura. Consideramos que estos dominios permiten analizar las características fundamentales de cada enfoque e identificar sus diferencias. Enseguida se presenta una breve descripción de los tres ejes de análisis considerados.

1. Dimensión epistemológica

Se denomina epistemología a la reflexión filosófica sobre la ciencia que tiene como principal propósito mostrar los fundamentos que las ciencias esgrimen para generar o justificar los conocimientos que les son propios, delimitar sus objetos de estudio y utilizar sus instrumentos metodológicos.

En este trabajo el eje epistemológico se usa exclusivamente para esclarecer la forma en que cada enfoque justifica el uso de sus conceptos científicos. El trabajo parte de una posición anti-normativa, pues no señala cuáles deben ser los criterios que permiten justificar cada concepto, limitándose a describirlos.

La forma en que se propone investigar la posición epistemológica de cada enfoque investigado es mediante una serie de cuestionamientos sobre los presupuestos que subyacen a los conceptos de: salud, enfermedad, funcionamiento, funcionalidad, discapacidad y capacidad, fundamentalmente.

También se examinará —en cada uno de ambos enfoques— qué significa ser normal y por qué. Finalmente, intentaremos ubicar cada enfoque —hasta donde lo permita el método de trabajo elegido— dentro de las escuelas naturalista y normativa.

De manera muy sintética, se puede decir que la escuela naturalista reclama ser descriptiva, libre de valores y consistente con las ciencias, en especial las biológicas. Afirma que un individuo es completamente saludable si todos sus órganos funcionan *normalmente* en un ambiente *normal*. Desde este punto de vista, las personas “sanas” son identificables mediante una investigación médica pertinente, precisa y “objetiva” (Boorse, 1977).

La escuela normativa afirma que el naturalismo excluye los contextos sociales en los que se presenta la salud y la misma condición de persona, no elude los valores implícitos en la concepción de salud y sostiene que una persona está completamente sana “sólo si tiene la capacidad, en circunstancias estándar, para alcanzar todas sus metas vitales o esenciales en la vida” (Nordenfelt, 2007). La introducción del concepto de metas esenciales de la vida da un vuelco a las posiciones que se pretenden “objetivas” (López, 2018).

2. Dimensión ética

Según autores como López, Álvarez y Benítez (2016) la ética general posibilita hacer un uso práctico de los valores morales al definir los conceptos de justicia, libertad, dignidad e igualdad, por ejemplo. La ética general permite diferenciar y caracterizar a las grandes escuelas, según la manera en que cada una concibe a la sociedad y

jerarquiza los valores morales. Las principales escuelas éticas constituyen verdaderos sistemas de pensamiento.

Para tal efecto desarrollaremos las principales escuelas éticas contemporáneas a fin de identificar a cuál se adscribe cada enfoque analizado, de manera que facilite la identificación de sus diferencias.

a. Utilitarismo

Para el utilitarismo —escuela filosófica iniciada por Jeremy Bentham a finales del siglo XVIII— el valor de mayor importancia es el bienestar, cuya búsqueda debe ser el fin de toda sociedad humana; para esta escuela una sociedad justa es aquella que mantiene a sus miembros en condiciones placenteras el mayor tiempo posible. Según Arnsperger y Van Parijs (Arnsperger y Van Parijs, 2002) el utilitarismo se entiende como la maximización del beneficio colectivo agregado, calculado a partir de la suma de los beneficios obtenidos por cada individuo.

La idea fundamental del utilitarismo es generar mayor felicidad al mayor número de personas durante el mayor tiempo posible; sin embargo el problema comienza cuando se intenta medir la utilidad — que se entiende como sinónimo de felicidad— ya que ser feliz puede significar diferentes cosas para las personas.

Arnsperger y Van Parijs 2002 critican al utilitarismo porque, más allá de ser una escuela de pensamiento justa, termina por fomentar las desigualdades. Esta crítica se basa en la idea del utilitarismo de que la búsqueda de la mayor felicidad se puede alcanzar sin importar que algunas de las acciones produzcan mucha utilidad para algunos y

mucha infelicidad para otros; es decir, no importa dañar una parte de la sociedad siempre y cuando la mayoría tenga una utilidad alta.

Esta escuela de pensamiento todavía es muy reconocida por diferentes disciplinas, sobre todo las administrativas y organizacionales —que ejercen su principal influencia en instancias gubernamentales— y se centra en el costo-efectividad (López, Álvarez y Benítez, 2016). A pesar de sus consecuencias, esta escuela es muy aceptada aun por políticos.

b. Comunitarismo

Esta escuela —que inicio en el siglo XIX bajo el cobijo del marxismo y actualmente está representado por los filósofos norteamericanos Michael Sandel, Charles Taylor y Michael Walzer— es una respuesta al individualismo impulsado por corrientes de pensamiento como el liberalismo y el utilitarismo, argumentando que los intereses de la comunidad son superiores a las elecciones individuales de sus miembros. De acuerdo con el comunitarismo, es falso que existan individuos tomadores de decisiones libres, debido a que siempre se encuentran sujetos a la cultura, las normas y las costumbres (López, Álvarez y Benítez, 2016).

El comunitarismo asegura que existen verdades comunes a toda sociedad humana buena. La contradicción fundamental de esta escuela radica en cómo ponerse de acuerdo sobre cuáles son las verdades morales universales correctas y qué hacer cuando otras personas tienen creencias morales diferentes.

Los comunitaristas relativistas argumentan que toda verdad moral dependerá de su contexto social, y que las creencias de cada persona son igual de válidas y legítimas aunque sean distintas e incluso contrapuestas. No obstante, este relativismo cultural puede atentar a los derechos fundamentales de algunas personas, pues legitimaría la dominación y explotación de poblaciones originarias, por ejemplo. En los años recientes se ha observado un desarrollo más o menos importante de esta escuela ética.

c. Libertarismo

Se ha denominado libertarismo a la escuela ética de Robert Nozick y Friedrich Von Hayek —en apogeo durante la primera mitad del siglo XX— para diferenciarla del liberalismo económico clásico de Adam Smith y sus variantes. Para el libertarismo la dignidad fundamental de las personas reside en el ejercicio soberano de su libertad —especialmente en la esfera económica— inserta en el marco de un sistema que implica prohibiciones, pero no obligaciones (López, Álvarez y Benítez, 2016).

Esta escuela aboga por la libertad individual y supedita al respeto de esta libertad el resto de los valores morales. En este marco los libertaristas afirman que el Estado debe promover activamente las libertades y, una vez aceptada esta primera premisa, deben aceptarse las desigualdades que resultan del ejercicio soberano de la libertad individual. Naturalmente, el espacio privilegiado de intercambio de libertades es el mercado, siendo éste el enfoque ético que subyace globalmente en las relaciones sociales.

d. Liberalismo igualitario de Rawls

John Rawls propuso, a mediados del siglo XX, un tipo de justicia basado en la imparcialidad, a partir de un modelo que denomina la "posición original". Este modelo consiste en que todos los individuos negocien los bienes a los que deberían acceder desde la misma posición y en total ignorancia de sus características naturales y sociales, a fin de evitar cualquier imparcialidad o abuso (López, Álvarez y Benítez, 2016).

De acuerdo a esta escuela los bienes que deben ser distribuidos son la libertad de pensamiento y conciencia, la libertad de asociación, la integridad de las personas, las libertades políticas, la libertad de ocupación, la libertad de acceso a cargos y posiciones de responsabilidad, la renta, la riqueza y las bases sociales de respeto de sí mismo, a los que Rawls denomina "bienes primarios" (López, Álvarez y Benítez, 2016).

Existen dos principios que, según Rawls, deberían seguirse para lograr una justicia como imparcialidad, equilibrando, igualdad y libertad: i) principio de igual libertad (cada persona tiene derecho al mismo amplio esquema de libertades básicas compatible con un esquema de libertades para todos), y ii) Las desigualdades deben satisfacer dos condiciones: a) su presencia debe beneficiar a las personas más desfavorecidas de la sociedad, y b) distribuirse entre las personas en condiciones de igualdad de oportunidades (López, Álvarez y Benítez, 2016).

e. Liberalismo igualitario de Sen

La igualdad a la que se refiere Rawls, según Sen, alude a personas que sólo idealmente son homogéneas ya que las personas reales tienen necesidades que dependen de sus distintas condiciones biológicas, geográficas, culturales, etc., haciendo que los bienes primarios utilizados por cada persona, así como el alcance de sus metas particulares, se realicen según sus particularidades habilidades y condiciones.

Sen propone luchar porque todas las personas tengan la misma oportunidad para adquirir lo que él denomina "capacidades básicas", y considerar a los bienes primarios de Rawls sólo como condiciones que pueden ser utilizadas como medios para alcanzar tales capacidades.

3. Dimensión política

Para el análisis político tomaremos como referencia al filósofo y economista belga Philip Van Parijs, quien brinda elementos contextuales en los que se desarrollan los enfoques a analizar y considerando que cada uno de ellos sostiene un modelo de justicia en salud y un modelo de participación democrática.

A pesar de que Van Parijs no hable específicamente de justicia en salud, sí explica las diferentes corrientes de pensamiento político que influyen en la creación de los modelos de justicia. Van Parijs describe las características del marxismo, el socialismo y el capitalismo, entre otras corrientes, interesado en el tipo de justicia que promueve cada

una y en las relaciones de este valor con otros valores, como la igualdad, la libertad y la solidaridad.

De acuerdo con Van Parijs, la justicia nos inclina a dar lo que, en materia de cargas y beneficios, le corresponde a cada quien recibir de acuerdo al derecho, la equidad y la razón. Este principio se basa en la convicción de que todos los seres humanos son esencialmente iguales y que nunca una condición de género, etnia, edad, creencia religiosa o postura política puede justificar un trato desigual o discriminatorio. Asimismo, la justicia permite ajustar —a partir del concepto de equidad— el contenido y las formas de desigualdad.

La justicia obliga a tratar a los iguales como iguales y a los diferentes como diferentes. Cuando se trata de personas vulnerables debemos considerar que la sociedad tiene mayores obligaciones con los que menos tienen. Esto obliga al Estado a garantizar que todas las personas tengan la misma oportunidad para ejercer sus derechos, independientemente de sus diferencias biológicas, sociales o culturales, así como a recibir una proporción equitativa de cargas, privilegios, riesgos y beneficios.

V. METODOLOGÍA

Se trata de una investigación cualitativa. La decisión de emplear un abordaje cualitativo fue comprender un proceso —la diferenciación de discursos— que difícilmente podría haberse logrado a partir de métodos cuantitativos.

Para identificar las diferencias en los enfoques se utilizó el análisis de contenido. De cada enfoque se obtuvieron los documentos considerados fundamentales por los expertos. La información contenida en tales documentos fue transcrita y procesada mediante el uso del Programa Atlas-Ti (versión 2.1). Para el análisis de la información se crearon diversas categorías, derivadas de los tres dominios —o ejes de análisis— propuestos antes: epistemológico, ético y político. La codificación y el análisis final se realizaron tomando en consideración tales dominios.

Durante el estudio se analizaron, en total, diecisiete documentos, que en conjunto constituyeron cerca de 1000 páginas de texto. El diseño de estudio se realizó entre septiembre de 2015 y agosto de 2016. El trabajo de gabinete se realizó entre septiembre de 2016 a octubre de 2017.

La investigación siguió los criterios de la Ley General de Salud para la realización de investigaciones en salud. Debido a que se trata de un estudio sin riesgo, no se elaboraron o aplicaron cartas de consentimiento ni se crearon mecanismos de secrecía o anonimato. Todos los documentos utilizados, así como los nombres de las instituciones mencionadas son del dominio público. Ni la investigadora principal ni el director de tesis manifiestan la existencia de conflictos de interés.

El proyecto no fue evaluado por un comité de ética debido a que la Universidad en donde fue realizado no considera a esta evaluación un requisito para la realización de tesis de grado.

Fuentes para el análisis

Para el análisis de los enfoques se seleccionaron documentos oficiales de la OMS que hablaran sobre el tema de capacidades y discapacidades. Entre ellos se encuentran:-

Documentos oficiales (internacionales y nacionales)

1. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). OMS, 1980.
2. Clasificación Internacional de Funcionamiento y la Discapacidad. Borrador Beta (CIDDM-2). OMS, 1999.
3. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001). OMS, 2001.
4. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión (CIE-10). OMS, Publicación Científica 544. Washington, USA, 1995.
5. Informe Mundial sobre Discapacidad. OMS y Banco Mundial (Clasificación NLM: HV 1553), 2011.
6. Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). ONU, 2006.
7. Ley General de Inclusión de Personas con Discapacidad. Poder Ejecutivo Federal (publicado en el DOF del 17 de diciembre de 2015).
8. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Poder Ejecutivo Federal. México, 2013.

Artículos académicos y libros

10. ¿Por qué equidad en salud?, de Amartya Sen, publicado en la Revista Panamericana de la Salud Pública, Vol.- 11 No. 5-6 Washington, Mayo/junio, pág. 302-310, 2002.

11. Discapacidad y salud, nota descriptiva, publicada en la página oficial de la OMS, 2017.
13. Justicia Distributiva y salud, de Dieterlen P, publicado por editorial Fondo de Cultura Económica, Universidad Nacional Autónoma, Programa Universitario de Bioética, Facultad de Filosofía y Letras, Comisión Nacional de Bioética, México.
14. La Libertad como Capacidad, el enfoque de las capacidades de Amartya Sen y sus implicaciones en la ética social y política de Urquijo M. J., publicado por Universidad del Valle, en Cali Colombia Pág. 1-295, Agosto del 2008.
15. Conceptos y principios de la equidad en la salud, de Whitehead Margaret, Publicado por la OPS, OMS, Washington, D.C. En Diciembre de 1991
16. La idea de justicia, de Amartya Sen, publicado por editorial Taurus, ISBN: 9788430606863, Pág. 504, 2010
17. Estudios de Antropología Biológica, de Mandujano M, Arrollo P, Sánchez M, Muñoz P (2007), XIII: 939-955, México.

Estrategia elegida para el análisis de la información

La forma en la que se analizaron los dos enfoques fue mediante el análisis del contenido definido como una técnica de investigación "objetiva y sistemática" destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y validas que puedan aplicarse a su contexto (Krippendorff, 1990).

El análisis del contenido es una técnica de investigación útil para "formular inferencias identificando de manera sistemática y objetiva ciertas características especificadas dentro de un texto" (Stone et al,

1996). Tiene un objetivo empírico, dado que intenta caracterizar textos, discursos y otras producciones simbólicas. En este caso se trata de textos referentes a: i) el punto de vista de la OMS sobre discapacidades, y ii) el enfoque de capacidades en salud según la perspectiva filosófica de Amartya Sen.

Las categorías que en un primer examen se determinó utilizar —dentro de cada dominio— para analizar los documentos fueron:

Para el enfoque médico:

1. En el dominio epistemológico: Deficiencias, minusvalías, discapacidad, funcionamiento, capacidades funcionales e independencia.
2. En el dominio ético: Autonomía, y
3. En el dominio político: Justicia, igualdad y equidad.

Para el enfoque filosófico:

1. En el dominio epistemológico: Capacidades básicas y funcionalidades.
2. En el dominio ético: Autonomía, y
3. En el dominio político: Justicia, igualdad y equidad.

Como puede notarse en la tabla 2, en el dominio epistemológico se utilizaron diferentes categorías para cada enfoque, dado que sus respectivos discursos se refieren específicamente a tales conceptos. En los dominios ético y político, en cambio, los conceptos utilizados son fundamentalmente los mismos, aunque difieren, como se verá más adelante, tanto en contenido como en alcance.

La tabla 2 resume las categorías seleccionadas para cada enfoque, de acuerdo con los dominios a los que corresponden.

Tabla 2. Categorías para el análisis de los textos clave sobre Discapacidad (modelo médico) y Capacidades (modelo filosófico)

1. Enfoque médico (Perspectiva de la OMS)	2. Enfoque filosófico (Perspectiva de Amartya Sen)
1.1 Dominio epistemológico	2.1 Dominio epistemológico
1.1.1 Deficiencias	2.1.2 Capacidades básicas
1.1.2 Minusvalías	2.1.3 Funcionalidades
1.1.3 Discapacidad	
1.1.4 Funcionamiento	
1.1.5 Capacidades funcionales	
1.1.6 Independencia	
1.2 Dominio ético	2.2 Dominio ético
1.2.1 Autonomía	2.2.1 Autonomía
1.3 Dominio político	2.3 Dominio político
1.3.1 Justicia	2.3.1 Justicia
1.3.2 Igualdad	2.3.2 Igualdad
1.3.3 Equidad	2.3.3 Equidad

Las categorías que se decidió analizar mantienen una apertura a diversos significados. Es decir, no están estrictamente delimitadas a explicar la realidad, de tal suerte que son flexibles y permiten diferentes posibilidades de contenidos y pueden ser explicadas de manera diferente con argumentos distintos igualmente respetables.

En p
frecu
consi
exclu
algún
men
refer
tamp
con
signi
cono
que
men
se q
idea

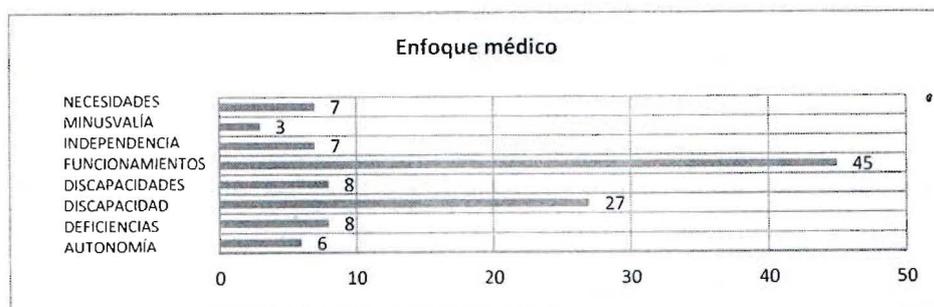
Figur
enfoc

N
M
I
F
D
D
D
A

VI. RESULTADOS

En primer término se presentarán dos figuras que muestran la frecuencia relativa con la que se mencionan las principales categorías consideradas en la Metodología. Estas menciones se refieren exclusivamente a las frases en las que la categoría en cuestión tiene algún significado. En consecuencia, no se han considerado aquellas menciones ubicadas en los títulos, índices, tablas, gráficas, referencias o bibliografía, por ejemplo. Las frecuencias de mención tampoco indican realmente la importancia que los autores asignan al concepto, dado que, en primer lugar, no es posible evaluar qué significa que un concepto se mencione 1, 5 o cien veces si no conocemos el número total de palabras que conforman el texto en el que se hizo el análisis y, en segundo lugar, si el concepto fue mencionado para describirlo, analizarlo, elogiarlo o criticarlo. Aun así, se quiso presentar estos primeros resultados porque pueden dar una idea inicial del análisis que se presenta más adelante.

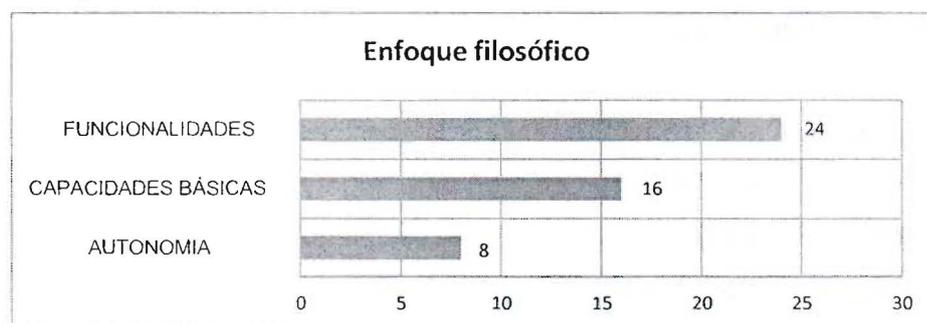
Figura 3. Número de menciones de categorías en los textos del enfoque médico



Elaboración propia, 2017

En la figura 3 se pueden observar las categorías epistemológicas más frecuentemente mencionadas en los textos revisados del enfoque médico. La más frecuente fue *funcionamientos* (con 45 menciones) seguida de *discapacidad* y *discapacidades* (con 35 menciones en total). La categoría mencionada con menor frecuencia fue *minusvalía* (mencionada en 3 ocasiones).

Figura 4. Número de menciones de categorías en los textos del enfoque filosófico



Elaboración propia, 2017

En la figura 4 se aprecia que en los textos del enfoque filosófico sobresale la categoría *funcionalidades* (con 24 menciones) y *capacidades básicas* (con 16 menciones). *Autonomía* se menciona en 8 ocasiones.

Enseguida se presentan los resultados obtenidos en el análisis de contenido para cada enfoque, de acuerdo con los tres dominios señalados en la Metodología.

1. Enfoque médico (OMS)

1.1 Dominio epistemológico

1.1.1 Deficiencias

Las deficiencias, según la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, (CIDDM-2), son problemas en la estructura orgánica o las funciones corporales, y se detectan como desviaciones o pérdidas significativas de la función. Las deficiencias pueden llegar a provocar otras carencias y hay algunas que no siempre se pueden observar de manera explícita, por lo que se requiere de observación constante.

La CIDDM de 1980 menciona que la discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación, aunque hasta el año 2000 el enfoque médico consideró esta condición como una categoría relacionada pero independiente de las discapacidades y las minusvalías. Este enfoque ha prevalecido a lo largo de los años y aún forma parte importante del discurso médico.

Según la definición de la CIDDM, la deficiencia es la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones (incluidas las psicológicas).

En el análisis de esta categoría se identificó que la CIF concibe a las limitaciones en la actividad como:

“...las dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de sus actividades” (CIF, 2001)

Por su parte, las restricciones en la participación, serían aquellos:

“...problemas que un individuo puede experimentar en su implicación en situaciones vitales. La presencia de restricciones en la participación viene determinada por la comparación de la participación de un individuo con la participación esperada de un individuo sin discapacidad en esa cultura o sociedad” (CIF, 2001)

Dado que la participación es concebida como la implicación de una persona en una situación vital y representa la perspectiva social del funcionamiento, estas restricciones —de origen inicialmente orgánico— aparentemente determinan la capacidad de las personas para insertarse exitosamente en una sociedad o cultura. Esta posición resulta, en consecuencia, un resabio biologicista.

Cuando la CIF habla de factores contextuales, básicamente se refiere a:

“...los factores que constituyen conjuntamente el contexto completo de la vida de un individuo, y en concreto el trasfondo sobre el que los estados de salud son clasificados en la CIDDM” (CIF, 2001).

Hay dos componentes de factores contextuales: los Ambientales y los Personales. Los factores ambientales son presentados como un componente:

“...que se refiere a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo y, como tal, tiene un impacto en el

funcionamiento de esa persona. Los factores ambientales incluyen al mundo físico y sus aspectos, creados por el hombre u otras personas en relaciones diferentes así como papeles, actitudes y valores, servicios y sistemas sociales y políticas, reglas y leyes" (CIF, 2001)

Los factores personales, en cambio, serían:

"...los factores contextuales que tienen que ver con el individuo como la edad, el género, el nivel social, experiencias vitales y otros, que no están clasificados en la CIDDM pero que los usuarios pueden incorporar en sus aplicaciones de la CIDDM" (CIF, 2001)

Otra serie de componentes son expresados alrededor de estas categorías. En ellos se presentan los facilitadores, que son:

"...cualquier factor ambiental en el entorno de una persona que, a través de la ausencia o presencia, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Estos pueden incluir aspectos como un ambiente físico accesible, disponibilidad de tecnología asistencial, actitudes positivas de la gente hacia la discapacidad, así como servicios, sistemas y políticas que intentan mejorar la implicación de todas las personas con una condición de salud que conlleve una discapacidad, en todas las áreas de la vida. La ausencia de un factor puede ser también un facilitador, por ejemplo la ausencia de estigma o actitudes negativas, de tal suerte que los facilitadores pueden prevenir que un

déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación” (CIF, 2001)

Las barreras, como contraparte, serían:

“...todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona, que a través de su ausencia o presencia, limitan el funcionamiento y crean discapacidad. Estos incluyen aspectos como un ambiente físico inaccesible, falta de tecnología asistencial apropiada, actitudes negativas de las personas hacia la discapacidad, así como servicios, sistemas y políticas que no existen o que específicamente dificultan la implicación de todas las personas, con una condición de salud que conlleve una discapacidad, en todas las áreas de la vida” (CIF, 2001)

1.1.2 Minusvalía

La CIDDM la define a la minusvalía como la pérdida de valor social de un individuo provocada por la presencia de una deficiencia o una discapacidad y que afecta el rol social que le es propio. Constituye una situación desventajosa que limita o impide el desempeño de un rol considerado “normal” en función de la edad, el sexo u otros factores sociales y culturales.

Como en el caso de las deficiencias, paulatinamente se ha ido abandonando el concepto de minusvalía, aunque aún está registrado en la Clasificación Internacional de Discapacidad, Deficiencias y Minusvalía. Aun así, no cabe duda que cada día el empleo de la

palabra *minusválido* para referirse a las personas que viven con alguna discapacidad es menos frecuente, pues es universalmente aceptado que referirse a una persona como de menor valor atenta a la igualdad de reconocimiento de la persona.

1.1.3 Discapacidad

De acuerdo con la CÍDDM de 1980, una discapacidad es la objetivación de cualquier deficiencia en el sujeto que tenga una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en términos considerados "normales" para cualquier sujeto de sus características (edad, género). Es decir, es toda restricción o ausencia de capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera "normal" para un ser humano. La OMS señala que el término "discapacidad" implica un déficit, una limitación de la actividad y la restricción de la participación social.

En la CIF se indica que la capacidad es:

"...un constructo que indica, como calificador, el nivel máximo posible de funcionamiento que una persona puede alcanzar en un dominio de las listas de *actividad* y *participación* en un momento dado. La capacidad se mide en un entorno uniforme, y por ello, refleja la habilidad del individuo ajustada ambientalmente. Los Factores Ambientales pueden ser utilizados para describir las características de este entorno uniforme" (CIF, 2001)

El resultado final de las condiciones de capacidad o discapacidad presentes en una persona es específico y puede ser evaluado, según la CIF, de

acuerdo con una categoría denominada "desempeño/realización". Esta categoría es definida por la CIF como:

"...un constructo que describe, como calificador, lo que los individuos hacen en su entorno real, y, de esta forma, lleva consigo el aspecto de la inclusión de la persona en situaciones vitales. El entorno también se describe utilizando el componente de *factores ambientales*" (CIF, 2001)

La relación entre las condiciones de salud y la discapacidad planteada por la CIF se presenta como una relación compleja, pues la posibilidad de que una condición de salud ocasione una discapacidad está determinada por múltiples factores interrelacionados. Según el Informe Mundial de Discapacidad, la discapacidad abarca:

"... desde pequeñas dificultades en el funcionamiento hasta grandes impactos en la vida de una persona, es parte de la condición humana y es dinámica, multidimensional y objeto de discrepancias. Según el mismo informe es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con y sin deficiencias. Es el entorno quien impide la participación social plena y efectiva en igualdad de condiciones con los demás; por lo tanto, la discapacidad no es un atributo de la persona" (ONU, 2011)

Según este Informe, la discapacidad es considerada un problema de salud pública puesto que afecta a millones de personas en el mundo y les impide el acceso a una vida plena y su integración adecuada a la

vida social. La evaluación de la discapacidad es muy importante pues de eso dependen las políticas y los programas que se emplearán para su prevención, rehabilitación y tratamiento.

En un documento sobre diversidad y discapacidad, Palacios (2007) señala que no es propiamente la postura de la OMS, sino la vigencia de la visión *medicalizada* de la discapacidad lo que no ha permitido la total participación social de las personas afectadas.

1.1.4 Funcionamiento

Según la CIF, el término funcionamiento se utiliza de manera genérica para englobar los aspectos positivos o neutrales de las dimensiones a escala corporal, individual y social. La CIDDM también dice que el funcionamiento y la discapacidad son concebidos como una interacción dinámica entre los estados de salud y los factores contextuales. Estas interacciones son inespecíficas y no siempre se dan en una relación unívoca y predecible.

El funcionamiento es utilizado en la CIF como un término que hace referencia a todas las funciones corporales y actividades, así como a la participación. Por lo tanto, es el término genérico utilizado para referirse a las condiciones de salud positiva, designar las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano.

Los funcionamientos que desglosa la CIF son, entre otros:

“...los relacionados con los sistemas metabólico y endocrino, genitourinario y reproductor, los relacionados con el movimiento, los neurológicos, cardiovasculares,

respiratorios, digestivos, relacionadas con la comunicación, con la piel y los necesarios para el desempeño de la vida diaria" (CIF, 2001)

Las actividades relacionadas con el buen funcionamiento físico-biológico serían:

"...las actividades de aprendizaje y aplicación de conocimiento, las funciones sensoriales, funciones auditivas y vestibulares, las funciones mentales específicas y globales y la voz y el habla. Estas actividades permiten llevar a cabo las tareas principales de la vida" (CIF, 2001)

El Informe Mundial sobre Discapacidad de 2011 menciona que las dificultades de funcionamiento se incrementan con el paso de la vida, y que esto puede ser temporal o permanente. El combate contra la inequidad en la administración de prestaciones a personas con discapacidad se basa en el uso de un enfoque integral que se concentra en el funcionamiento.

Este mismo Informe menciona que existen problemas para estimar la prevalencia de problemas de funcionamiento, pues es posible que los adultos mayores con funcionamientos limitados consideren que éstos son adecuados para su edad. Según el Informe:

"...unos 720 millones de personas tienen dificultades de funcionamiento, y alrededor de 100 millones padecen problemas muy graves. La prevalencia de adultos con

dificultades muy significativas de funcionamiento se sitúa en el 2.2%" (Informe Mundial sobre Discapacidad, 2011)

De acuerdo con el modelo médico existen dos formas de atención: la habilitación, cuando una persona tiene una dificultad funcional congénita o adquirida en las primeras etapas de la vida, y la rehabilitación, que hace referencia a las personas que han experimentado la pérdida tardía de algún funcionamiento.

En resumen, las propuestas del enfoque médico centran predominantemente su atención en la categoría funcionamiento.

1.1.5 Capacidades funcionales

Las capacidades funcionales están relacionada con las funciones agregadas que desempeña el organismo —como la función cardiovascular, respiratoria, muscular, renal y hepática, entre otras— y que resultan de la adecuada funcionalidad orgánica (Fernández y Sánchez, 2015). Dichas capacidades funcionales se ven afectadas por factores relacionados con el estilo de vida, la nutrición, el sedentarismo y los hábitos poco saludables. La incapacidad funcional es una manifestación de la enfermedad cuando se acompaña de una progresiva disminución de la reserva fisiológica. Algunas variables que se evalúan como capacidades funcionales son vestirse, comer, arreglarse, la deambulación, la deposición, la micción, etc. En general, se puede concluir que según la OMS las capacidades funcionales se refieren al funcionamiento agregado fisiológico "normal" de las personas (CIF, 2001).

1.1.6 Independencia

Según la OMS 2012, la independencia se entiende como la capacidad para desempeñar sin ayuda las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir la capacidad de vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca ayuda, o ninguna, de los demás.

Para la OMS, esta categoría es cada vez muy relevante y, en consecuencia, paulatinamente se ha incorporado como componente de las escalas utilizadas para evaluar la calidad de vida de las personas, especialmente en adultos mayores y en personas con enfermedades incapacitantes. Los niveles y tipos de independencia, por ejemplo, se han usado para clasificar las actividades de la vida diaria como básicas o instrumentales.

1.2 Dominio ético

1.2.1 Autonomía

El término autonomía proviene de las palabras griegas *autos* (por sí mismo) y *nomos* (ley o regla). Esto significa que una persona es autónoma cuando se da a sí mismo las reglas para actuar en la vida. Según Glady (2008) existen tres concepciones sobre la autonomía. La primera se refiere a la comprensión que las personas tienen de sí mismas, de su cultura y de lo que se espera de ellas. La segunda se relaciona con la capacidad psicológica que tienen los seres humanos para crear sus propias opciones. La tercera se refiere a las oportunidades objetivas que permiten que una persona actúe o deje de actuar.

Taylor define a la autonomía como una "...liberación de las exigencias de autoridad" (1996). Para Ricoeur lo que en el ámbito de la vida personal se llama auto legislación o autonomía moral, es lo que en una sociedad justa significa libertad política (Yannuzzi, 2000).

Habermas (1998) menciona que los sujetos son autónomos en la medida en que se sienten autores del derecho al que están sometidos.

Para el enfoque médico la autonomía es una forma de incrementar la calidad de vida de las personas con discapacidad, resaltando las esferas de autodeterminación, control personal y toma de decisiones. Para la CIF la autonomía está relacionada con las actividades relacionadas con la toma de decisiones (incluyendo la identificación, análisis, evaluación y elección de opciones sin ayuda de otros).

El Informe Mundial de Discapacidad de 2011 resalta la necesidad de promover la autonomía de las personas con discapacidad y sus familiares, a través de la presentación de sugerencias en la *Guía para la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)*, presentada en la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad (CDPD). Este enfoque sugiere que los programas de RBC pueden ofrecer capacitación a las personas con discapacidad y a sus familias a fin de que gestionen sus propias necesidades de apoyo y establezcan vínculos con grupos de autoayuda para recibir información y asesoramiento.

De acuerdo con la Ley española de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, el

logro de la autonomía implica aumentar la autodeterminación en las elecciones, mantener el control corporal y proponerse metas personales.

1.3 Dominio Político

1.3.1 Justicia

El término justicia proviene del latín *ius* (Derecho, justicia). La justicia tiene dos elementos fundamentales, la imparcialidad de quien dictamina lo que es justo (es decir, el juez no debe estar afiliado a alguna de las partes), y la equidad (es decir, que los involucrados en una disputa tengan un poder proporcional). La justicia también implica una igualdad en el reconocimiento, es decir, debe ser la misma independientemente del género, la clase social, el color de la piel, la postura política o la religión. En 1971 John Rawls contribuye a la teoría de la justicia criticando al utilitarismo en el sentido de que todo proyecto de sociedad justa requiere incorporar ciertas nociones básicas de libertad e igualdad en lugar de buscar sólo la idea de la máxima utilidad agregada (Rawls, 1979).

La CDPD de la ONU, en su artículo 13 sobre acceso a la justicia, afirma que:

“...los Estados Partes se asegurarán de que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones y para ello promoverán la capacitación adecuada de los administradores de justicia, incluido el personal policial y penitenciario” (ONU, 2006)

El artículo 14 obliga a los Estados Partes a asegurarse que:

“...las personas con discapacidad disfrutarán de un trato justo en igualdad de condiciones a las demás” (*ibid*)

El Informe Mundial de Discapacidad menciona que, en todo el mundo, la mayor parte de los servicios de asistencia y apoyo son ofrecidos de manera informal por los miembros de la familia o las redes sociales, siendo esto claramente una injusticia dados los recursos disponibles para lograr una asistencia y apoyo formal. En México, el Programa Nacional de Desarrollo habla de esta forma sobre el acuerdo con *Disability Rights International* y la Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos:

“...la negación de facto de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad internadas en instituciones, imposibilita a los individuos para buscar la aplicación de sus demás derechos. A estos individuos se les niega sistemáticamente el acceso a la justicia para impugnar la tutela, o reclamar cualquier otro derecho que les pueda ser violado. En virtud del artículo 13 de la CDPD, los gobiernos deben garantizar el acceso efectivo a la justicia para las personas con discapacidad” (PND, 2012).

También propone, en su objetivo 6, armonizar la legislación para:

“...facilitar el acceso a la justicia y la participación política y pública de las personas con discapacidad” (PND, 2012).

1.3.2 Igualdad

La CDPD afirma que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica, en igualdad de condiciones en todos los aspectos de la vida.

El artículo 3 de la CDPD señala:

“...el respeto a la dignidad, la autonomía individual, la participación e inclusión efectiva en la sociedad y el respeto a las diferencias” (CDPD, 2006).

Su artículo 5 se enfoca a la obligación de los Estados Partes de garantizar que todas las personas sean iguales ante la ley y en virtud de ella, tengan derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna, prohibiendo toda discriminación por motivos de discapacidad.

El artículo 7 indica que:

“...los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que las niñas y niños con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, así como para garantizar su libre expresión, recibir asistencia apropiada con arreglo a su capacidad y edad para poder ejercer ese derecho” (CDPD, 2006).

El artículo 27 establece que:

“...los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones que las demás, y a ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido, sin discriminación, en condiciones de trabajo seguras y saludables, justas y favorables, en igualdad de oportunidades e igual remuneración por trabajo de igual valor” (CDPD, 2006).

De acuerdo con el enfoque médico, el Informe Mundial de Discapacidad considera que hay muchas personas con discapacidad que carecen de igual acceso a la atención de salud, la educación y las oportunidades laborales, afirmando que no reciben los servicios que necesitan y se hallan excluidos de actividades cotidianas, por lo que propone instaurar una estrategia empresarial de igualdad en discapacidad, y evaluar la potencial repercusión que tendrían las políticas y actividades propuestas. El Informe sugiere que todos los países deben trabajar para eliminar las barreras y contar con sistemas de salud más inclusivos y accesibles para ellas.

No obstante, según Palacios:

“...la sociedad no proporciona ni la misma dignidad intrínseca ni la misma dignidad extrínseca a las personas con *diversidad funcional*, por lo que resulta imprescindible seguir trabajando en una lucha de doble vertiente: por un lado conseguir los mismos derechos efectivos de aquellos que son diferentes, y por otro realizar novedosas

aproximaciones teóricas que permitan introducir en el corazón del debate bioético el verdadero sustento de la dignidad intrínseca de las personas que son discriminadas por su diversidad funcional” (Palacios A. & Romañach J., 2006).

1.3.3 Equidad

La palabra equidad proviene del latín *aequitas* (igualdad) y el sufijo *dad* (cualidad). Aunque etimológicamente equidad e igualdad no logren diferenciarse, teóricamente sabemos que la igualdad no es lo mismo que la equidad, y que cada uno tiene matices y corresponde a dimensiones diferentes. La diferencia entre equidad en salud e igualdad en salud radica en que la primera es una noción normativa de lo que debería ser —en el marco de una teoría de la justicia— y la segunda resulta una noción positiva o descriptiva de lo que existe (Téllez, 2015).

El Informe Mundial de Discapacidad liga la esfera económica con la discapacidad afirmando, por ejemplo, que la pobreza puede aumentar la probabilidad de que una persona con problemas de salud desarrolle una discapacidad, que sea incapaz de acceder a los servicios de salud y a que no ejerza de manera plena su autonomía.

Margaret Whitehead caracteriza a las inequidades como:

“...diferencias que son innecesarias, evitables y, además, consideradas injustas” (Whitehead M., 1991).

Esta postura se aproxima apropiadamente a lo que hoy en día se puede entender como equidad en salud. La equidad se relaciona con una forma de entender lo justo, de asimilar una idea de justicia en donde ésta no funciona como un principio unívoco, lo cual tiene implicaciones en las acciones individuales y colectivas. (Pérez, 2012)

2. Enfoque filosófico (Amartya Sen)

2.1 Dominio epistemológico

2.1.1 Capacidades básicas

Amartya Sen ha propuesto que una sociedad justa no puede preocuparse exclusivamente de la distribución apropiada de lo que John Rawls denomina “bienes primarios”, dado que tanto el contexto social como las características personales determinan el grado con el que tales bienes son exitosamente utilizados por los individuos y grupos particulares. Sen propone entonces que el desarrollo no se mida con base en los medios —expresados en forma de bienes primarios teóricamente disponibles por cada individuo— sino en razón de los logros que efectivamente la persona ha alcanzado y que dependen directamente del conjunto de capacidades que posee para ser y hacer lo que desea en la vida.

Esta propuesta ha permeado incluso al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), de la ONU, que desde 1990 estima el Índice de Desarrollo Humano (IDH) con base en la medición agregada de tres tipos de capacidades básicas: a) vivir una vida larga

(medida como Esperanza de Vida); b) estar bien educado e informado (medida como alfabetización en adultos y años promedio de escolaridad), y c) disfrutar de un nivel de vida decente (medida como la magnitud del Producto Interno Bruto per cápita). La estimación del IDH ha permitido comparar a los países de acuerdo con su nivel de desarrollo humano y no sólo en razón de su crecimiento económico (Cejudo, 2007).

Según Nussbaum (2011) existen varios tipos de capacidades. Las más importantes se denominan capacidades básicas, que posibilitan el posterior desarrollo y entrenamiento de otras capacidades como la razón práctica y la imaginación. Sen no identifica con precisión cuáles son las capacidades básicas, pero reconoce que existe un acuerdo acerca de la prioridad de ciertas capacidades. Entre estas se encuentran la posibilidad de desplazarse, de vivir libre de enfermedades evitables, y de contar con información que permita entender el funcionamiento del mundo (Téllez, 2015). No obstante, en los documentos que se basan en este enfoque filosófico, cuando se hace referencia a las capacidades básicas se alude sobre todo a la movilidad y a vivir libre de enfermedades prevenibles.

Utilizando a la movilidad como ejemplo del enfoque filosófico sobre capacidades básicas diremos que, por lo menos superficialmente, la propuesta de Sen se asemeja mucho al marco sostenido por la CIDDM-2, que señala que las personas con movilidad reducida se encuentran severamente discapacitadas, ya sea que las restricciones incluyan el entorno externo, el vecindario o los límites de su propia casa.

No obs
parecid
funciona
capacida
restricci
y social
conven
su artí
para as
persona
medida
sino en
los que
El enfo
la libre
persona
su liber
nuestro
subyac
sustant
2.1.2 F
El con
seniano
de con
conscie

No obstante, aunque las restricciones en la movilidad sean muy parecidas y tengan un origen semejante —las limitaciones en el funcionamiento corporal— ha sido el enfoque filosófico de capacidades el que ha orillado a la OMS a aceptar que las principales restricciones en la movilidad surgen cuando las características físicas y sociales que rodean a la persona dificultan su desplazamiento. La convención de la ONU sobre personas con discapacidad menciona en su artículo 20 que los Estados Parte adoptarán medidas efectivas para asegurar que las personas con discapacidad gocen de movilidad personal con la mayor independencia posible. El énfasis sobre las medidas, en este caso, ya no se coloca en la rehabilitación médica, sino en la adecuación de los espacios físicos y contextos sociales en los que se desenvuelven las personas con restricciones funcionales.

El enfoque filosófico plantea que es prioritario reconocer el derecho a la libre movilidad como un derecho fundamental y, en el caso de las personas con movilidad reducida, evitar toda restricción formal y real a su libertad para ir de un lado a otro en determinado espacio. Desde nuestro punto de vista, este modelo representa bien la idea que subyace a la categoría de *capacidades básicas* como elemento sustantivo de una vida autónoma.

2.1.2 Funcionalidades

El concepto de funcionalidad es de uso casi exclusivo del enfoque seniano del desarrollo humano. Según Sen, todas las personas deben de contar con el conjunto de condiciones necesarias para elegir conscientemente la “realización” de aquellas capacidades que más

valoren. A diferencia de los filósofos utilitaristas, Sen considera que el acceso efectivo a dichas condiciones es un derecho para todas las personas y no para quien pueda costearlas (Sen, 2010).

De acuerdo con Sen, las capacidades son las opciones que potencialmente posee una persona para desplegar sus preferencias de vida. Las capacidades constituyen, en este sentido, un abanico de posibilidades a las que es posible optar cuando están potencialmente disponibles. Las personas poseen, en consecuencia, un abanico determinado de opciones que depende, sobre todo, del contexto en el que viven y se desenvuelven.

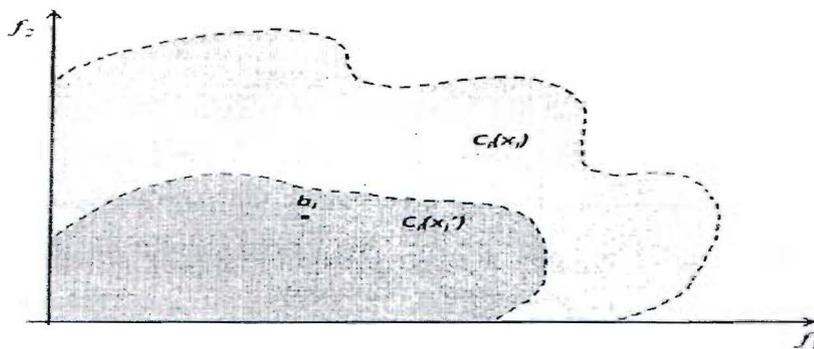
Las funcionalidades, en cambio, son las capacidades ejercidas efectivamente por cada persona en concreto, su incremento constituye la meta de todo proceso distributivo. Contrariamente a lo que propone la teoría de Rawls —basada en la distribución de libertades y bienes primarios— el ejercicio de las distintas capacidades dependerá tanto de las características de cada persona en particular como de las condiciones sociales que facilitan o impiden su ejercicio.

En resumen, las funcionalidades son el conjunto de capacidades efectivamente ejercidas por cada persona. Su ejercicio está guiado por conjuntos de preferencias y prioridades individuales, por una parte, y por las condiciones sociales existentes en un momento determinado, por la otra.

En la figura 5 se muestra las capacidades que tienen las personas (con o sin discapacidad) como opciones de vida vivible. En este caso,

el área cubierta por las capacidades potenciales representaría las opciones de vida que es posible elegir por una persona. Se supone que el área de capacidades potenciales —representada por conjuntos de posibilidades— es igual a 1. Aunque, como señala Sen (2010), no se sabe cómo definir ese límite 1, se supone que representa el máximo de capacidades que las personas pueden realizar.

Figura. 5 Conjunto de capacidades en el modelo de Herrero, 1996.



Fuente: Téllez, 2015

Cuando algunas de las capacidades disponibles se han ejercido —y se han convertido en funcionalidades— el área resultante representa, evidentemente, el conjunto de funcionalidades. Sen considera que las personas deberían tener un rango de 0 al 1 para ejercer las funcionalidades elegidas, aunque se sabe que disponer de todas las capacidades posibles —y ejercerlas en forma de funcionalidades— es una situación utópica.

Téllez afirma que las funcionalidades ejercidas reflejan parte del estado de una persona; es decir, constituyen lo que una persona logra

hacer y ser cuando vive (sus actividades, estados de bienestar, estados alcanzados a partir de los bienes y servicios que posee o recibe y que en conjunto constituyen lo que para ella es valioso en la vida). Es aconsejable que las funcionalidades sean distinguidas de los recursos que son usados para lograr tales funcionamientos.

- Amartya Sen describe a la salud como una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades del hombre, razón por la que hay importantes motivos para valorarla. La salud es esencial para el bienestar, dado que las libertades y posibilidades que las personas son capaces de ejercer depende en gran medida de lo que logren en salud.

Según el Informe Mundial de Discapacidad, los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a los servicios que se consideran obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte o la información se ven reflejados en peores resultados sanitarios, educación y menor participación.

Es posible que exista alguna confusión entre los factores ambientales —de los que habla el Informe Mundial de Discapacidad— con las funcionalidades propuestas bajo el enfoque de Sen. Es preciso mencionar que los factores ambientales de los que habla el primer enfoque se limitan a cuestiones como el bajo peso al nacer y la falta de sustancias nutritivas esenciales (como yodo y ácido fólico, etc.), mientras que el segundo enfoque consideraría el lugar en el que la persona nace, su cultura, las condiciones económicas y políticas, etc.

Cuando no se presentan las condiciones que menciona Sen para incrementar las funcionalidades de cada persona (debido a la pobreza, marginación, desigualdad, exclusión o falta de participación) el impacto sobre la salud y la vida en general es evidente. Este impacto es el resultado de condiciones estructurales, y no sólo de la presencia de deficiencias orgánico-funcionales o la falta de recursos naturales.

2.2 Dominio ético

2.2.1 Autonomía

Desde el siglo XVIII la autonomía ha sido considerada una cuestión ética fundamental (López, Álvarez y Benítez, 2016). Rawls y Habermas reformulan la idea fundamental de Kant sobre la autonomía. Rawls sostiene que la autonomía privada se encuentra por encima de la autonomía pública (Yannuzzi, 2000). Propone que los bienes primarios revisten un carácter lo suficientemente amplio y general para asegurar que las personas puedan desarrollar —en el plano de la sociedad civil, y por consiguiente de su vida privada— su propia concepción de bien. Para Habermas la autonomía política no es una copia de la autonomía moral kantiana. Para este autor:

“...la idea de auto legislación del ciudadano exige que aquellos que están sometidos al derecho como destinatarios puedan entenderse a la vez como autores de ese derecho”, de tal forma que la voluntad individual signifique autonomía moral, que cuando se ejerza en

forma de voluntad colectiva adquiera el significado de autonomía política (Habermas, 1998).

La autonomía se relaciona íntimamente con la educación y sus niveles mínimos pueden describirse mediante las siguientes características:

1. Los agentes tienen la capacidad intelectual para fijar metas de acuerdo con su forma de vida;
2. Poseen la suficiente confianza en sí mismos para desear actuar y participar en la vida social;
3. Pueden formular fines consistentes y son capaces de comunicarlos a los otros;
4. Los agentes perciben sus acciones como propias;
5. Tienen la posibilidad de comprender las restricciones empíricas que dificultan o impiden el logro de sus metas, y
6. Pueden sentirse responsables de las decisiones que toman y de sus consecuencias (Gladys, 2008)

Cejudo hace una aproximación a la teoría de Sen señalando que la autonomía es libertad, y defiende la neutralidad hacia distintas concepciones de vida respetando las diferencias culturales.

El enfoque seniano —intentando superar los prejuicios que se encuentran en el modelo rehabilitador de la discapacidad, como la sobreprotección familiar y la idea de la dignidad inferior— señala que existe una confusión entre la ayuda necesaria para realizar una tarea (logro de bienestar), y la capacidad de decisión para realizar dicha tarea o cualquier otra (logro de agencia).

El concepto de agencia implica que el sujeto es capaz de plantearse objetivos y una determinada concepción de lo que es bueno. La posibilidad de ser agente es importante para comprender la autonomía de la persona, entendida como su capacidad para tomar decisiones y elegir por sí misma las características básicas de la vida que desea vivir, aun cuando algunas elecciones puedan derivar en una pérdida de bienestar. El valor de la autonomía descansa en el supuesto de la capacidad de acción y de comportamiento auto dirigido basado en la libertad de agencia (Toboso, 2008).

Para el caso de las personas con discapacidad la Autonomía aún experimenta una serie de problemáticas. Toboso señala que:

“En el contexto de la discapacidad, la imagen de sujeto moral plantea varios problemas: Uno de ellos es que generalmente suele asociarse la discapacidad intelectual con la falta de capacidad para el ejercicio de la libertad de agencia y de bienestar. Una segunda dificultad es que frecuentemente la sociedad no se toma en serio la autonomía real de las personas con discapacidad que tienen esa “capacidad” intacta para el ejercicio de dichas libertades. Este es el caso de las personas con discapacidad física o sensorial. Por otro lado, está el caso de las personas con gran discapacidad física (por ejemplo: personas con tetraplejia), que necesitan constantemente la ayuda de otra persona para realizar las actividades diarias constitutivas de sus logros básicos de bienestar” (Toboso, 2008)

Para el enfoque filosófico, la autonomía se encuentra considerada dentro del concepto de salud; es decir, el vivir genera salud y esta no se da únicamente por descuento de la enfermedad. Estar sano es vivir

en forma autónoma, solidaria, consustancial con la cultura dependiente y condicionante de las relaciones que se establecen entre los humanos y la naturaleza, la sociedad y el Estado.

Una vez enmarcada la autonomía en salud, el enfoque habla de las personas como agentes o personas con capacidad de agencia, es decir, con la capacidad para elegir un modo de vida que tenga razones para valorar, implicando, por un lado, un sujeto activo, capaz de definir objetivos, metas y propósitos y, por otro, un sujeto moral que no solo busque la maximización de su bienestar propio, sino que sea capaz de procurar el bien de otros.

Como está claro, el concepto de agencia es básico en el enfoque de Sen. Tiene una alta relevancia moral y es especialmente significativo como expresión superior de la libertad, al mismo tiempo que constituye la exigencia máxima de la responsabilidad, pues no es aceptable que una persona valore moralmente sus actos sin tener en cuenta sus efectos sobre las demás.

En su calidad de agentes los sujetos no pueden ser considerados como depositarios de bienestar o como pacientes que deben ser curados, corregidos o adaptados, sino como sujetos morales, capaces de orientar la búsqueda de su salud en consonancia con sus valores.

“Comprender el papel de la agencia es, pues, fundamental para reconocer que las personas son personas responsables: no sólo estamos sanos o enfermos sino que, además, actuamos o nos negamos a actuar y podemos decidir actuar de una forma u otra. Y por lo tanto, nosotros (mujeres y hombres) debemos asumir la

responsabilidad de hacer cosas o de no hacerlas. Esto es importante, y tenemos que tenerlo en cuenta. Este reconocimiento elemental, aunque es bastante simple en principio, puede tener exigentes implicaciones, tanto para el análisis social como para la razón y la acción práctica" (Restrepo Ochoa, D. A., 2013)

2.3 Dominio Político

2.3.1 Justicia

Nussbaum y Sen proponen que el enfoque de capacidades es una forma de alcanzar la justicia, ya que se centra en la remoción de obstáculos para que las personas tengan la libertad de vivir el tipo de vida que — después de una aguda reflexión— consideren personalmente valiosa. A medida que una persona posea más capacidades de *ser* y *hacer*, le será posible llegar a ser lo que realmente *quiere ser* (Téllez, 2015). Lograr que las capacidades se distribuyan de la manera más justa posible es una de las metas intrínsecas del modelo seniano. Según Sen (2010), la justicia constituye una de las condiciones más importantes de la vida humana y el logro de la equidad es todavía un aspecto fundamental de la reflexión política y económica.

Si bien el enfoque de las capacidades "no constituye en sí mismo una teoría ética o una teoría de la justicia" (Sen, 2010), sus aportes a la reconsideración del problema de la equidad y su concepción pluralista sobre la vida buena han tenido una gran repercusión en las

reflexiones sobre la justicia en campos tan problemáticos como los de pobreza, educación, discapacidad y salud.

No obstante, los desarrollos en este terreno continúan en marcha. Según Nancy Fraser, el problema de la falta de equidad no es el único problema de la justicia, y en pleno siglo XXI no existe un consenso sobre lo que constituye la sustancia de la justicia. Mientras que a lo largo del siglo XX se demandó justicia en la distribución de los recursos, en la actualidad las demandas sociales se centran en la justicia en el trato y el reconocimiento (Fraser, 2009).

2.3.2 Igualdad

No es raro que para muchos estudiosos el problema de la justicia se centre en la categoría igualdad (del latín *aequus* [igual, llano, justo, equilibrado, equitativo]) pues, efectivamente, la igualdad constituye un elemento fundamental de la justicia.

Actualmente, los debates han abandonado los intentos por definir el significado de la igualdad para referirse, sobre todo, al contenido de la igualdad.

Según Dworkin quien, en pocas palabras, propone una distribución igualitarista de los recursos materiales socialmente disponibles:

“La igualdad de recursos [...] requiere esencialmente de mercados de capital, trabajo y consumo, e interviene en esos mercados no para reemplazarlos sino para perfeccionarlos, corrigiendo ya sea las imperfecciones económicas reconocidas o una clase distinta de

imperfección: la imposibilidad de los mercados actuales de ofrecer aseguramientos igualmente asequibles para todos.”

(Dworkin R, 1979)

La solución de Dworkin al problema de la desigualdad, como puede apreciarse, implica el fortalecimiento de los mercados de capital, trabajo y consumo, a los que considera fundamentales como medio de redistribución de unos recursos que, en esencia, deberían ser repartidos igualitariamente. Como la repartición igualitaria de los mismos recursos para todos no sólo es imposible sino muy poco atractiva (todos tendríamos la misma cantidad de los mismos recursos durante todo el tiempo), sólo el mercado puede intervenir para proporcionar a todos recursos fenoméricamente diferentes pero esencialmente equivalentes. Lo esencial, en este caso, es el valor otorgado por el mercado. La igualdad social, según Dworkin, reside en la igualdad de condiciones de intercambio en el mercado.

Para Rawls una sociedad justa es una sociedad de personas igualmente libres. Por esta razón, su modelo considera que la justicia radica en la existencia de las mismas oportunidades para todos, a fin de tomar decisiones verdaderamente libres. Las desigualdades inevitables deben ser plenamente justificadas de acuerdo con su principio de las diferencias.

En el modelo de Rawls, tener las mismas oportunidades significa la existencia de una distribución esencialmente igualitaria de los bienes que él considera “primarios”, mientras que contar con precondiciones igualitarias significaría la existencia de lo que llama el *velo de la*

ignorancia. Este velo consiste en la necesidad de que quienes tomen decisiones sobre la distribución de cualquier condición social no conozcan cuánto de esta condición les tocará a ellos, a fin de elegir sólo la distribución que les parezca más justa. Esta es la única manera, según Rawls, de que las decisiones sobre la distribución de ciertas condiciones sean verdaderamente imparciales, y las situaciones alcanzadas no sean convenientes sólo para quienes participaron en la distribución.

La principal limitación de este enfoque reside en que, en la realidad, las personas nunca están en igualdad de condiciones para decidir y siempre habrá precondiciones establecidas históricamente, que no son por cierto las más justas. Como se ha mencionado antes, Sen critica a Rawls señalando que las personas sólo idealmente son homogéneas, y que las personas reales tienen necesidades que dependen de sus diferentes condiciones biológicas, geográficas, culturales, etc. haciendo que los bienes primarios utilizados por cada persona se realicen según sus particularidades habilidades y condiciones. Si todas las personas fueran iguales entonces el índice de bienes primarios produciría libertades similares para todos; sin embargo, las diferentes personas necesitan diversas cantidades de diferentes clases de bienes para alcanzar los mismos niveles de bienestar o ventaja. Tener que afrontar costos adicionales derivados de una discapacidad —como los costos vinculados a la atención médica o los dispositivos asistenciales— o la necesidad de contar con apoyo y asistencia personales, con lo cual a menudo se requieren de más recursos para lograr los mismos resultados que las personas que

no poseen ninguna discapacidad, es lo que Amartya Sen ha dado en llamar «minusvalía de conversión».

Amartya Sen alienta a buscar que todas las personas tengan iguales oportunidades para adquirir lo que él denomina *capacidades básicas*, y a considerar los *bienes primarios* rawlsianos sólo como medios para alcanzar tales capacidades.

Según Toboso, a pesar de que todos tenemos el derecho a recibir similares recursos, esto no asegura automáticamente una distribución equitativa de la riqueza. Un bien puede dar lugar a diferentes realizaciones, dependiendo de las posibilidades de elección de cada persona (Toboso, 2008). Estas condiciones son llamadas “factores de conversión”, que permiten transformar los bienes primarios en capacidades para alcanzar fines. A Toboso le parece ingenuo considerar la libertad de las personas como si todas tuviesen las mismas condiciones, las mismas oportunidades y las mismas capacidades. Según este marco, el alcance de las metas vitales de cada persona puede llegar a ser muy inequitativo.

De acuerdo con este enfoque, además, la medición de los recursos disponibles no constituye una base informacional suficiente, ya que su aprovechamiento depende de cada circunstancia personal y sociocultural. La condición en la que viven las personas, en consecuencia, merece ser considerada no como un dato agregado, sino como una condición única e individual. Esto resulta especialmente cierto en asuntos como los relacionados con salud. Cualquier persona debe recibir la misma prioridad

independientemente del nivel o grado de salud general de una sociedad. Esta postura se enfrenta directamente a la posición del utilitarismo, que sostiene que una sociedad justa es aquella en donde se alcanza el máximo valor agregado alcanzable con los recursos disponibles.

La igualdad sanitaria global ignora la diversidad de los factores de conversión que tienen las personas para traducir el acceso a la salud en oportunidades reales. La propuesta de Sen —en materia de discapacidad, por ejemplo— es hallar un proceso de adecuación, ajuste, mejoras o adopción de acciones afirmativas en el entorno jurídico, social, cultural y de bienes y servicios, que faciliten a las personas con discapacidad su inclusión, integración, convivencia y participación en igualdad de oportunidades con el resto de la población.

2.3.3 Equidad

Durante muchos años el término existió un amplio debate teórico y técnico acerca de las diferencias entre igualdad y equidad. A pesar de su importancia como componente de la justicia social, la verdad es que hasta el final del siglo XX existía poca claridad sobre sus contenidos y diferencias.

En materia de salud el modelo más conocido es el propuesto por Margaret Whitehead en los años noventa, y que ha sido ampliamente promovido por la OMS. Como ya se señaló, este modelo considera a la inequidad como cualquier desigualdad injusta, es decir, innecesaria, evitable e injustificada. Los propósitos de toda política pública en

salud deberían ser, según este enfoque, reducir las inequidades sanitarias ya sea mediante la búsqueda de equidad horizontal (proporcionar el mismo trato a los individuos que tienen la misma necesidad) o de equidad vertical (que las personas con diferentes necesidades reciban diferentes cantidades o tipos de servicio) (Ruger, 2010).

A partir de las aportaciones de Nancy Fraser esta categoría parece más clara. De acuerdo con esta autora la equidad, como esfera de la justicia, se refiere fundamentalmente a la redistribución material de bienes y servicios (en dónde las preguntas básicas son ¿qué distribuir y cuánto?). La igualdad, en cambio, se refiere, en primer término, al reconocimiento social de todas las personas como esencialmente iguales, atribuyéndoles el mismo valor y dignidad independientemente de su género, sexo, color de piel, religión, etc. (en este caso, la pregunta básica sería ¿a quién distribuir?). En segundo lugar, la igualdad debería aplicarse en materia de representación política (es decir, en la participación efectiva en las decisiones sobre ¿qué repartir, cuánto y a quién?) (Fraser, 2008).

En resumen, la equidad sería la calidad de ser justo en materia de justicia distributiva, en tanto que la igualdad debería evaluarse en términos del reconocimiento de las personas como sustancialmente iguales y en su representación en la toma de las decisiones en donde tienen un interés legítimo.

Aunque Fraser no es tradicionalmente considerada dentro de la escuela de Amartya Sen, es notable la cercanía de sus posturas anti-

utilitaristas con la propuesta filosófica Seniana, especialmente porque rompe con la idea del ciudadano como el principal sujeto de atención dando paso a un modelo en donde la persona es el fin último de la justicia. Es por esto que se ha incluido en este apartado.

VII. DISCUSIÓN

En el capítulo anterior se presentaron los principales contenidos epistemológicos, éticos y políticos que, en materia de capacidades en salud, los dos enfoques examinados sostienen y aplican a escala social, económica y política. En dicho apartado es posible apreciar que algunas de las categorías analizadas comparten, en diferente grado, tanto significados teóricos como contenidos empíricos.

En este apartado nos referiremos exclusivamente a aquellos aspectos en donde los enfoques difieren con mayor claridad, tratando de enfatizar las implicaciones que tales diferencias podrían tener en el diseño de las políticas públicas sobre la atención de la discapacidad o la promoción de las capacidades en salud.

En el eje epistemológico, el enfoque médico enfatiza claramente las siguientes categorías: *deficiencias*, *minusvalías*, *discapacidades*, *capacidades funcionales*, *funcionamientos* e *independencia*, como elementos fundamentales de su propuesta, privilegiando la esfera fisiológica y mental de las personas, así como la capacidad para realizar actividades que les permitan desempeñarse "exitosamente" en el contexto que les rodea. Desde nuestra perspectiva, las categorías más sobresalientes en este enfoque son los

funcion
durante
que ge
discapa
funcion
relacion
conoce
referen
movilid
La clas
aún la
limitaci
los asp
condici
y pers
mirada
poseer
estas
su con
énfasis
interac
De ma
esfuer
más i
señala
comple

funcionamientos y la *discapacidad*. Así, por ejemplo, la OMS propuso durante décadas la obligación de los gobiernos de promover procesos que generen mayor educación y habilitación para la personas con discapacidad. En el fondo, esta habilitación se refiere al incremento de funcionamientos —orgánicos, fisiológicos y psicológicos— relacionados con el desempeño de actividades conocidas que se conocen como básicas e instrumentales de la vida diaria, y que se refieren sobre todo a la comunicación, el desplazamiento y la movilidad en el entorno inmediato.

La clasificación contemporánea sobre discapacidad (CIF, 2001), v.g., aún la concibe como "...un término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)". Queda claro que los aspectos centrales de esta mirada son, por una parte, los *déficits*, *limitaciones* y *restricciones* que poseen algunas personas y, por la otra, los aspectos negativos que estas características provocan cuando las personas interactúan con su contexto. Esta posición naturaliza a la discapacidad al colocar el énfasis en su origen orgánico-corporal y sus consecuencias en la interacción de tales *déficits* con el contexto.

De manera periódica esta postura busca ser superada a partir de esfuerzos por comprender y atender a la discapacidad de manera más integral. El Informe Mundial de Salud de 2011, por ejemplo, señala que la discapacidad es un proceso multidimensional y complejo, que durante muchos años se consideró erróneamente como

una condición que requiere de tratamientos orientados, sobre todo, a la corrección de *déficits* fisiológicos. Bajo este marco la atención de la discapacidad se concibió como un problema específico del campo médico y, si acaso, de la educación especial.

La discapacidad fue considerada un problema social, histórico y cultural hasta hace relativamente poco,² siendo competencia exclusiva de los médicos y psicólogos prácticamente hasta los años ochenta (Mandujano et al, 2007). Es interesante que esta ruptura coincidiera con los esfuerzos de la OMS por señalar que la *minusvalía* era un prejuicio que la sociedad tenía sobre aquellas condiciones orgánicas y fisiológicas que no correspondían con el desempeño considerado como “normal” por la mayoría, lo que a su vez coincidió con el surgimiento de las posturas anti-utilitaristas, encabezadas por Amartya Sen, sobre el desarrollo humano integral.

La apertura de la OMS —al aceptar el componente de estigmatización que la discapacidad tuvo durante siglos— permitió que las reflexiones críticas sobre la salud provenientes de las ciencias sociales empataran con la exigencia de abandonar el concepto de *minusvalía* —que la primera CIDDM introdujo en 1980— como categoría científica. Actualmente el término *minusvalía* sólo se ha conservado para respetar el nombre del documento original, y³ desde el 2001 no vuelve a hacerse mención del término en ninguna de las clasificaciones de la OMS (Palacios y Romañach, 2006).

El modelo de la diversidad, por su parte, trató de incorporar la multiculturalidad y la perspectiva de derechos como herramientas

fundamentales para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional. Este modelo continúa considerando a la funcionalidad como la categoría central de trabajo y denomina a las personas con discapacidad como personas con diversidad funcional (Palacios y Romañach, 2007). Esta posición es probablemente la más progresista dentro del modelo médico sostenido por la academia médica y las instituciones internacionales. No obstante, sus críticos señalan que el resultado es que las sociedades occidentales descansan tranquilas elaborando políticas que se perciben como beneficiosas por el conjunto de la sociedad, pero que contienen incoherencias que resultan prácticamente invisibles, que indican el fuerte arraigo del modelo rehabilitador y la presencia de una importante discriminación que apenas es percibida.

El enfoque médico, por lo demás, deposita la carga de los compromisos y deberes en el sector salud —específicamente en los servicios— eludiendo los deberes que tienen el conjunto de instituciones sociales encargadas del respeto, promoción y satisfacción del desarrollo humano considerado integralmente. El enfoque filosófico, en cambio, amplía la carga de los compromisos a toda la sociedad —que funciona como *agente* promotor de capacidades— sin que esto signifique que la responsabilidad de la atención tenga que descansar fundamentalmente en la población —como sucede cuando la atención se basa en la asistencia informal, básicamente familiar y prestada por las mujeres.

El enfoque médico se ha propuesto en las últimas dos décadas incidir directamente en la sociedad a partir del respeto, la defensa y la

promoción de los derechos de las personas con discapacidad, considerando a esta condición un tema de índole político. En la CDPD se sugiere adoptar las medidas legislativas y administrativas necesarias para hacer efectivos, para las personas con discapacidad, los derechos reconocidos en las declaraciones internacionales de derechos humanos. La CIF también reconoce que es importante que dichas obligaciones se reflejen en las leyes y reglas formales e informales, y aun los más reacios defensores del enfoque médico aceptan los derechos humanos como un mandato universal.

La mayoría de las legislaciones nacionales mencionan la importancia de que las personas con discapacidad sean sujetos de pleno derecho, promueven su participación y reclaman la existencia de recursos suficientes para aumentar las oportunidades para disfrutar plenamente de tales derechos, sugiriendo medidas que garanticen su goce efectivo, a fin de que puedan tomar sus propias decisiones y mantengan su independencia, dignidad y autonomía.

Estas plataformas institucionales, sin embargo, se enfrentan con medios de operación muy limitados. Los Estados firmantes de las convenciones de derechos humanos, por ejemplo, están obligados a garantizar el acceso de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones a los servicios de atención. Es decir, garantizan el derecho a la protección de la salud, pero no a la salud. Este es un avance formidable considerando que hasta hace pocas décadas el acceso a los servicios especializados estaba limitado a la capacidad de pago de los afectados. Sin embargo, se trata de un avance aún incompleto, pues es cuestionable que la principal prioridad de las

personas que viven con discapacidad sea el acceso a los servicios de atención. La pregunta es ¿puede el acceso a los servicios de atención (incluso si fuera igualitario) garantizar que todas las personas con alguna discapacidad alcanzarán un desarrollo humano semejante al resto de la población?

Aunque el enfoque filosófico de Sen no habla especialmente de la discapacidad como categoría de análisis, la utiliza en ejemplos que permiten comprender el concepto —desde nuestro punto de vista, mucho más complejo— de capacidades básicas. De acuerdo con el análisis realizado, el concepto de *capacidades básicas* es la categoría fundamental de los textos adscritos a las posturas senianas sobre capacidades en salud. Para el enfoque filosófico sólo la promoción y el logro de la mayor cantidad posible de capacidades básicas pueden garantizar que las personas alcancen un desarrollo decoroso, aun en condiciones de discapacidad física o mental. Las personas con capacidades básicas disminuidas tienen mucho menores posibilidades de superar las restricciones presentes en campos específicos, como la salud, la educación o el trabajo.

El análisis expuesto indica, por otra parte, que los autores adscritos a la postura seniana consideran que la autonomía es un componente fundamental de la categoría *capacidades básicas*.

Aunque los textos adscritos a la postura médica también hablan de autonomía, ésta se limitaría a la capacidad para tomar decisiones libres relacionadas con la escuela, el trabajo y algunas relaciones familiares. Para la postura filosófica, en cambio, la autonomía

constituye el núcleo de las libertades, al representar el medio a través del cual es posible adoptar una forma de vida considerada especialmente valiosa. La autonomía se relaciona con la calidad de vida pues incluso las mejores condiciones materiales de existencia pierden valor si no se comparten con un ejercicio efectivo de la libertad de decidir sobre la propia vida, aun si tal libertad implica la pérdida de cierto bienestar material. Naturalmente, este concepto de calidad de vida es distinto al manejado por la escuela utilitarista, basada en la realización de actividades de la vida diaria conocidas como básicas e instrumentales. Una vida de calidad, desde la mirada seniana, significaría una vida decorosa —desde el punto de vista del bienestar material— y verdaderamente autónoma.

Cuando una capacidad es tan estratégica que su ejercicio permite que una persona genere o desarrolle otras capacidades básicas —ya sea para ella misma o para otras personas— se dice que es una capacidad de agencia. La capacidad de agencia, para los representantes del enfoque filosófico, es la expresión superior de la libertad por lo que su promoción debiera ser una pieza fundamental de las políticas de atención de las personas que viven con alguna discapacidad. Como ya se ha señalado, aunque Sen nunca define específicamente a la discapacidad como categoría, su uso en los ejemplos sobre capacidad de agencia permite identificar la importancia que este filósofo le concede como motor para el logro de otras capacidades básicas.

Para el enfoque filosófico la autonomía, además, es un componente implícito de la salud, pues estar verdaderamente sano implica vivir de

manera autónoma, en condiciones de tomar decisiones informadas y responsables sobre aquellos aspectos que permiten a cada quien vivir la vida que considera valiosa.

La última categoría sobre la que existen evidentes diferencias entre ambos enfoques es la de justicia. Para el enfoque médico el principal propósito de la justicia en salud debiera ser la distribución equitativa de aquellos bienes y recursos destinados a la atención sanitaria. Aunque la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS ha reconocido que la más justa distribución de estos bienes y recursos no puede sustituir —y no es capaz de aliviar las consecuencias de— la injusta distribución de la riqueza y los poderes que caracterizan el mundo actual, los documentos básicos de la ONU y la OMS sobre discapacidad siguen señalando que son estos bienes y recursos los principales objetos de la justicia. Aunque no hay duda que la CDPD contiene artículos referidos a la exigencia de trato digno, igualitario y sin discriminación para las personas con discapacidades, sigue siendo notable la falta de referencias a la pobreza, las desigualdades y la injusta distribución de la riqueza en los documentos oficiales referidos a la discapacidad. En todo caso, la categoría fundamental en materia de justicia es la de *inequidad*, especialmente referida, como se ha señalado, a la distribución injusta de los recursos sanitarios.

En el caso del enfoque filosófico, aunque la meta de lograr la equidad se encuentra muy presente, destaca claramente la necesidad de colocar a la justicia como una condición fundamental de la vida humana, cuestionando —a partir de la reflexión ética— si un mundo que naturaliza la discapacidad e invisibiliza las desigualdades es un

mundo justo. ¿Cómo puede una persona que vive con discapacidad acceder a sus derechos en materia de justicia distributiva, si no se le garantizan antes sus derechos en materia de justicia política, es decir, si no se le garantiza antes el derecho a tener derechos? (Fraser, 2008)

En resumen, aunque en apariencia los dos enfoques son similares cuando abordan el concepto de capacidades, el análisis permite hacer distinciones esenciales. Ante la pregunta de si existen diferencias reales entre el enfoque médico y el enfoque filosófico sobre las capacidades en salud, la respuesta es que estas diferencias sí existen.

Frente a la pregunta acerca de cuáles serían las diferencias más relevantes, consideramos que:

Por un lado, el enfoque médico:

1. Con alguna frecuencia se refiere a las personas con discapacidad como pacientes, usando esta categoría como una condición de salud. El concepto de salud que subyace en sus textos es el de la OMS, como *completo estado de bienestar*.
2. Naturaliza a la discapacidad —lo que resulta menos comprensible— colocando su origen, principalmente, en los déficits, limitaciones y restricciones que impiden una adecuada relación entre las personas y su entorno (individual y contextual).

3. Destaca el carácter orgánico-corporal y fisiológico de las capacidades, enfatizando que estas son resultado de la realización exitosa de actividades consideradas "normales" en contextos estandarizados.
4. Pone el principal énfasis en las categorías de funcionamiento, capacidad funcional y desempeño, y los ubica como conceptos técnicos.
5. Utiliza de manera muy específica las categorías de igualdad (a la que no concede contenido político) y equidad (concebida como una "desigualdad injusta").
6. Sus abordajes en materia de justicia se refieren especialmente a la justicia distributiva, y su principal lucha, en este aspecto, es contra las inequidades.
7. Su vocación es claramente técnica, eludiendo hacer señalamientos políticos en los campos de la desigualdad económica y política.

El enfoque filosófico, por su parte:

1. En todos los casos se refiere a los individuos como personas.
2. No desarrolla el concepto de discapacidad, y cuando lo usa es como ejemplo de aquellas condiciones de salud que influyen en el logro de capacidades básicas.
3. Se refiere a la salud —igual que sucede en el enfoque médico— como el logro del mayor nivel de bienestar físico y

mental posible, aunque determinado por el alcance de capacidades básicas. Plantea a la salud como parte del desarrollo humano y componente de una vida valiosa.

4. Considera a las capacidades básicas como el concepto más importante de su modelo. Considera a los bienes primarios sólo como medios que facilitan o impiden la realización de las capacidades, lo que depende tanto de las características de las personas como de su contexto social.
5. Considera a las funcionalidades como capacidades —concebidas como opciones reales— efectivamente ejercidas. En consecuencia, las personas deberían contar con la mayor cantidad posible de opciones (capacidades) para poder elegir, entre ellas, aquellas que le permitan vivir una vida valiosa.
6. Ubica al concepto de autonomía como núcleo de la libertad (personal y colectiva) y propósito del desarrollo humano.
7. Se refiere a la igualdad como el contenido fundamental de la justicia, pero referida en todos los casos a las capacidades básicas. En consecuencia, la justicia como condición humana, se refiere en última instancia a la búsqueda de igualdad en materia de capacidades básicas.
8. Concibe frecuentemente a la equidad como sinónimo de igualdad —excepto en los textos de Nancy Fraser— y, contrariamente a la escuela utilitarista, considera que la desigualdad posee un alto contenido político.

9. S
s
e
En res
explicita
sus pot
son dife
Nos pa
estos e
objetos
fundam
VIII. R
Agreda
las con
129-13
Ansper
la socie
Cejud
Amarty
22.
CIDDM
Discapa

9. Su vocación es claramente filosófica, pero no elude los señalamientos políticos en el terreno de la desigualdad económica.

En resumen, los enfoques revisados —a pesar de que afirman explícitamente buscar el bienestar de las personas y el desarrollo de sus potencialidades— hacen referencia a categorías que en realidad son diferentes.

Nos parece que las disimilitudes expuestas justifican considerar a estos enfoques (médico y filosófico) como discursos distintos, con objetos de estudio, marcos referenciales y terminología fundamentalmente diferentes.

VIII. REFERENCIAS

Agreda M (2009). Evolución de la conceptualización de la discapacidad y de las condiciones de vida proyectadas para las personas en esta situación. 129-138.

Arnsperger C y Van Parijs Ph. (2002). Ética económica y social: Teorías de la sociedad justa. Paidós, Barcelona, España.

Cejudo CR (2007). Capacidades y libertad: Una aproximación a la teoría de Amartya Sen. *Revista Internacional de Sociología RIS*, LXV, N° 47, pág. 9-22.

CIDDM (1980). Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad, OMS.

Dieterlen P (2015). Justicia Distributiva y salud. FCE, UNAM, CONAMED, México.

Dworkin R (1979). *Taking rights seriously*. Cambridge, Harvard University Press.

Habermas J y Rawls J (1998), Debate sobre el liberalismo político. Paidós, Barcelona.

Fraser N (2008). Escalas de justicia. Barcelona: Herder. pág. 15-64

Gladys N (2008). Necesidades, definiciones y teorías. Disponible en: <file:///C:/Users/vanessa/Desktop/sustento%20%20categorico/Necesidades.pdf> 4 de Octubre 2017.

Krippendorff K (1990). Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Paidós, España.

López S, Álvarez JA y Benítez D (2016). *Ética y servicio universitario*. En: Binnqüist, Calvillo y Vera (comp.) Universidad y servicio. Aportaciones y desafíos del servicio comunitario en la UAM-X. UAM-X, México.

Mandujano M, Arrollo P, Sánchez M, Muños P (2007) Estudios de Antropología Biológica, XIII: 939-955, México.

Menéndez E (2001). Biologización y racismo en la vida cotidiana. Revista Alteridades, 11 (21): pág. 5-39

Nussbaum M. (1996). La calidad de vida. FCE. México.

Nussbaum M (2011) Libertad de conciencia: El ataque a la igualdad de respeto. Katz Editores. Buenos Aires.

Organización Mundial de la Salud (1980), Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). OMS, Washington, USA.

Organización Mundial de la Salud (1995), Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

Décima Re
USA.
Organiza
Funciona
Washing
Organiza
Transmis
político, R
Organiza
Funciona
USA.
Organiza
Discapaci
Organiza
atención
<http://www>
79%3Afor
adicione
Organiza
descriptiv
<http://www>
Organiza
sobre los
Disponib
Palacios
los Dere
en la div

Décima Revisión (CIE-10). OMS, Publicación Científica 544. Washington, USA.

Organización Mundial de la Salud (1999), Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad. Borrador Beta (CIDDM-2). OMS, Washington, USA.

Organización Mundial de la Salud (Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental) (2002). Envejecimiento activo: Un marco político, Rev. Esp. Geriatr Gerontol; 37(S2):74-105

Organización Mundial de la Salud (2001), Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). OMS, Washington, USA.

Organización Mundial de la Salud (2011), Informe Mundial sobre Discapacidad. OMS y Banco Mundial (Clasificación NLM: HV 1553).

Organización Mundial de la Salud (2016). Fortaleciendo las capacidades en atención de Salud Mental y Adicciones. Disponible en:

http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=979%3Afortaleciendo-las-capacidades-en-atencion-de-salud-mental-y-adicciones&catid=865%3Acc-noticias&Itemid=401

Organización Mundial de la Salud (2017). Discapacidad y salud, nota descriptiva. Página oficial de la OMS. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>

Organización de las Naciones Unidas (2006). Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). ONU, Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/qanda.html>

Palacios A y Romañach J (2006). El modelo de la diversidad: la Bioética y los Derechos Humanos como herramienta para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional. Ed. Diversitas. Valencia, España. pág. 249.

- Prah, RJ (2010). *Health Capability: Conceptualization and Operationalization*. *American Journal of Public Health*. 100(1):41-49.
- Pérez AM (2012), Equidad en Salud: tareas pendientes y oportunidades para una Bioética Latinoamericana. *Revista Colombiana de Bioética*. Bogotá, Colombia. 7(1):111-122
- Poder Ejecutivo Federal (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
- Poder Ejecutivo Federal (2015). Ley General de Inclusión de Personas con Discapacidad.
- Rawls J (1979) Teoría de la Justicia. México: FCE.
- Restrepo ODA (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*:2371-2382.
- Roberts M y Reich R (2002). *Ethical analyses in public health*. *Lancet*, 359(9311):1055-9
- Sen A (1979) ¿Igualdad de qué? Ciclo de Conferencias Tanner, Universidad de Stanford, 22 de mayo de 1979. En: McMurrin S (Editor) Libertad, Igualdad y Derecho. Barcelona: Ariel Derecho.
- Sen A (1999). "El bienestar de una persona, afirma Sen, puede entenderse considerando la calidad (por así decirlo, la "bondad") de su vida." Madrid: Alianza Editorial.
- Sen A (2002). ¿Por qué la equidad en salud?. *Revista Panamericana de la Salud Pública*, Washington. 11(5-6):302-310
- Sen A (2010). La idea de la justicia. México: Taurus. pág. 387-389
- Tamayo LM (2004). Manual de obligaciones. Ed. Temis. Bogotá, pág. 7
- Téllez CR (2015), Capacidades en salud como forma de incorporar la equidad en la educación económica de intervención en salud. Tesis de Doctorado. UAM-I. Ciudad de México.

Toboso M et al (2008). La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades, 1-32.

Urquijo AM (2008). La libertad como capacidad. Programa Editorial de la Universidad del Valle. Cali, Colombia.

Whitehead M (1991). Conceptos y principios de la equidad en la salud, OPS, OMS, Washington DC: pág. 1-26.

Yannuzzi M de los A (2000). El concepto de autonomía de Rawls y Habermas, Universidad Nacional del Rosario. Buenos Aires: pág. 151-172