



Casa abierta al tiempo

**Universidad Autónoma Metropolitana,
Unidad Xochimilco**

**División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de Atención a la Salud**

Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva

**“Fundamentos éticos de un programa de salud pública
desde la salud colectiva: el programa de Prevención y
Control de Dengue”**

**Tesis que para obtener el grado de
Doctor en Ciencias en Salud Colectiva**

Presenta

David Benítez Valladares

Director

Sergio López Moreno

Director externo

Pablo Manrique Saide

30 de mayo de 2018

Dedicado a mi compañera Laura. Esta tesis ha sido muy especial para nosotros.

Ella nos unió, nos vio crecer intelectualmente y en ella decidimos construir juntos nuestro futuro. Gracias por apoyarme y dejarte apoyar en igualdad y respeto.

Agradecimientos

A mi madre Matilde.

Por haberme apoyado incondicionalmente en todo este trayecto y a pesar de la distancia. Por haberme transmitido sus valores, su compromiso y su amor.

A mi padre Cristobal.

Por su esfuerzo y perseverancia para darnos una vida con oportunidades.

A mi hermano Pablo.

Por haber sembrado en mí la semilla de la curiosidad científica y por estar siempre cerca cuando lo necesito.

A mi hermana Ana María.

Por apoyarme y soportarme durante todo este trayecto hasta el punto de ser la única persona capaz de visitarme desde tan lejos.

A mi prima Manmen.

Por haberme tratado como un hermano y por ser para mí un referente de integridad y lucha por una vida mejor tanto en la dimensión individual como la social.

A mi director de tesis Sergio.

Por haberme abierto las puertas de su casa y haber propiciado el debate en torno a la justicia social para mí y para otras tantas personas.

CONTENIDO

	Pág.
Resumen de la pregunta de investigación	3
INTRODUCCIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
Pregunta de investigación	8
Objetivos	9
MARCO TEÓRICO	10
Programas públicos de salud	10
Ética aplicada a la Salud	12
Meta-éticas	14
Primera concepción de meta-ética (anglosajona)	14
Segunda concepción de meta-ética.....	16
Éticas aplicadas	17
El razonamiento casuístico	17
Principlismo	18
Principales escuelas éticas contemporáneas.....	19
Utilitarismo	19
Liberalismo (deontológico)	24
Libertarismo	25
Liberalismo igualitario	28
Comunitarismo	33
Ética marxista.....	36
Ética de la liberación	38
Enfoque de capacidades	40
Capacidades colectivas	44

Perspectiva de Derechos y dimensiones de la Justicia	49
METODOLOGÍA	52
Diseño del estudio	52
Fuentes de información	53
Consideraciones éticas	55
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	56
Aproximaciones éticas a la salud pública	56
Marcos operativos éticos en salud pública	56
Ética y salud pública desde el enfoque de la salud colectiva.....	63
El enfoque de capacidades y la justicia en salud	73
A manera de conclusiones	82
Referencias	87

Resumen de la pregunta de investigación

Aunque la Salud Colectiva siempre ha reconocido que las posturas sostenidas en materia de políticas y programas de salud siempre llevan implícito el posicionamiento ético de quien las sostiene, la argumentación filosófica de estos instrumentos sociales es prácticamente inexistente en la mayor parte del mundo. Por esta razón no es raro que los programas de salud, como el de prevención y control de dengue, no digan una palabra acerca de los fundamentos éticos que sostienen sus objetivos, acciones y/o metas. Preguntas como ¿cuáles deben ser los principales objetivos de la lucha contra el dengue?, ¿sus acciones deben dirigirse a modificar las causas sociales de la enfermedad o los factores proximales más inmediatos?, ¿el programa debe buscar mayor equidad sanitaria o menor mortalidad?, ¿cómo deben repartirse los beneficios del programa en la comunidad?, ¿qué papel juega la participación ciudadana (si es que juega alguno)? En último término, la pregunta es ¿cuáles deben ser los fundamentos éticos del programa de prevención y control de dengue en México?

Este trabajo analiza los marcos éticos desde los que puede responderse esta pregunta. Se considera que sus resultados pueden extrapolarse a cualquier programa de salud pública y, en consecuencia, que el análisis del programa de prevención y control de dengue es sólo un ejemplo. La intención es que sus resultados, siempre que se parta de la salud colectiva, puedan aplicarse al análisis ético de cualquier intervención en salud pública. En resumen, las preguntas que guían este trabajo son: ¿cuáles deben ser los fundamentos éticos de las políticas y programas de salud pública desde el punto de vista de la Salud Colectiva?, y ¿cuáles son las implicaciones que tendrían esos fundamentos éticos de la Salud Colectiva sobre el programa de prevención y control de dengue de México?

INTRODUCCIÓN

La ciencia médica ha logrado en los últimos siglos un aumento sin precedentes de su prestigio. Particularmente la técnica y la tecnología han sido protagonistas de algunos de los mayores avances en nuestras sociedades tales como la erradicación y control de enfermedades, el descubrimiento de técnicas diagnósticas, de tratamiento y prevención como los antibióticos y las vacunas para padecimientos que antes infringían grandes daños a las personas. Los aportes de la técnica al bienestar de la población son incuestionables, aunque no así su distribución ni la producción de externalidades derivadas de algunas de estas innovaciones. A pesar de estos hechos irrefutables, este trabajo se centrará en cómo estos adelantos han derivado en un excesivo protagonismo de la técnica y la tecnología tanto en las ciencias como en las políticas de salud, relegando a un segundo plano, en ocasiones incluso invisibilizando, su dimensión ético-política.

El presente trabajo parte de la idea de que las intervenciones en salud pública tienen un carácter principalmente ético político. Es más, la técnica y la tecnología no solo no representan la dimensión principal de la salud pública, sino que generalmente se convierten en un generador de dilemas éticos en materia de salud (como en el caso de la aplicación de tecnologías asociadas a la genética humana) y en ocasiones en un generador directo de daños para la salud pública (quizás el caso más emblemático, debido a su alcance, sea el del calentamiento global). Autores como Manuel Outón sugieren que el desarrollo de la moderna tecnología ha producido una escisión tal entre el sujeto y su vida, que las terapéuticas y otros dispositivos de intervención ahora *“tienen que ser supervisados en su aplicación, en su ejercicio, por otros saberes...”*(Outón, 2011:48).

Dentro de estos saberes, la ética ocupa un lugar primordial, en la medida en que los principales problemas que enfrenta el ser humano no pueden ser solucionados sólo mediante el progreso científico. Los valores dominantes en nuestros días para la superación de cualquier problema descansan en una fe casi ciega en un conocimiento restringido a la objetividad del positivismo y al crecimiento económico. Por supuesto, la salud pública no escapa a esta visión.

No se puede decir que no haya un planteamiento moral detrás de las políticas públicas en materia de salud, pero el análisis filosófico de sus planteamientos es prácticamente nulo. Lo que impera es el análisis técnico de las intervenciones en salud pública, ocupando una posición hegemónica en los debates académicos actuales.

Este abandono de las cuestiones éticas de las políticas de salud ha sido parcialmente enmendado en la segunda mitad del siglo XX con el surgimiento de la bioética, pero debe reconocerse que ésta se ha enfocado al campo de la investigación biomédica y la relación clínica, y no se ha desarrollado con la misma potencia en el campo de la salud pública. Es a partir de la epidemia de VIH-SIDA en los años 80 que se empiezan a dilucidar las limitaciones de la ética clínica en las intervenciones en salud pública. Pero hasta los años 90 aparecen los primeros marcos teóricos y operativos éticos aplicados específicamente al campo de la salud pública (Lee, 2012).

Es necesario avanzar en la reflexión ética de las intervenciones en salud pública, tanto en su dimensión teórica como en sus herramientas o marcos operacionales, orientados a la implementación de los programas concretos y a solucionar los problemas que enfrentan los trabajadores de la salud pública. Para realizar este avance es vital analizar lo que se ha propuesto por los autores que han concedido importancia a la dimensión ética de la salud pública y conectar ambas dimensiones —ética y salud pública— relacionándolas teórica y operativamente.

Estamos seguros de que la ética debe ocupar el núcleo de las políticas en salud pública, su lugar más íntimo —tal y como indica etimológicamente la palabra “ethos” que para los griegos significaba morada, lugar en que se habita. Si entendemos a la ética como esa causa última de las políticas y programas en salud pública, es necesario posicionar a la ética (teórica y operativamente) dentro del campo de la salud colectiva (SC) latinoamericana, a fin de que afronte las problemáticas contemporáneas de salud de una manera adecuada. La SC debe aportar un enfoque crítico al actual debate ético para distanciarse de las corrientes éticas dominantes encabezadas por el utilitarismo economicista y la ética de mercado que utiliza concepciones teóricas del libertarismo más anti-estatal.

Para lograr esta ubicación dentro del debate ético contemporáneo hay que tomar en cuenta todas las teorías éticas relevantes para el campo de la salud pública (aunque sólo sea para rebatirlas), tales como el utilitarismo, teorías éticas liberales tan dispares como el libertarismo y el igualitarismo liberal, así como las últimas aportaciones de otras teorías éticas más críticas (en algunos casos) como las teorías comunitaristas o el enfoque de capacidades. Se trata de romper falsas dicotomías entre éticas idealistas (como el igualitarismo liberal de Rawls) y éticas materialistas (como algunas éticas comunitaristas).

Las aportaciones de unas y otras son componentes dialécticos de la construcción de la realidad.

Como se podrá observar a lo largo del trabajo, el enfoque ético crítico se construirá tomando como base la filosofía moral y política liberal, que como muchos autores destacan, es la que mayor influencia ha transmitido, en todos campos y especialmente en el de salud, sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XX (Sandel,2008). Tanto es así que la mayoría de los autores críticos que claramente no son liberales, como por ejemplo Gerald Cohen o Nancy Fraser, han construido sus posicionamientos éticos teniendo como punto de referencia, al menos en parte, los planteamientos de la filosofía moral y política liberal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dengue es una enfermedad paradigmática debido a que es una de las enfermedades infectocontagiosas que han reemergido en las últimas décadas. Pasó de estar casi extinta en la década de los 60 a protagonizar un aumento de la incidencia de más de 30 veces en los últimos 50 años a nivel global, según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009). Estudios más recientes dibujan una situación incluso más preocupante, estimando en alrededor de 400 millones los casos anuales de dengue, por encima del triple de la carga de enfermedad estimada por la OMS (Bhatt et al., 2013).

Actualmente, el método más empleado por todos los países endémicos de dengue, tanto para prevención como para control de brotes, está basado únicamente en la eliminación del mosquito portador del virus, ya sea en sus etapas inmaduras o adultas, comúnmente por medio de insecticidas (Spiegel et al., 2005). Se han llevado a cabo numerosos estudios sobre qué medidas incorporar a los programas de salud institucionales para hacer frente a estas enfermedades, así como sobre la eficiencia de estas medidas, pero poco se ha analizado sobre los aspectos éticos de la lucha contra el dengue.

Para analizar desde un punto de vista ético-político el programa de control y prevención de dengue es necesario trasladar el foco de atención a la causa última de esta política pública en salud. Esta causa última es, sin lugar a dudas, una razón ética vinculada al derecho a la salud proclamado en la declaración de los derechos humanos de las Naciones Unidas a mitad del siglo XX y a las distintas declaraciones (en forma y contenido) del derecho a la salud en las constituciones de cada país, y en especial en la de México. De este modo, el programa de control y prevención de dengue en México existe en última instancia debido a una argumentación ética que da contenido y limita el derecho a la salud. Como se expondrá más adelante, existen muchas escuelas éticas diferentes que darían un contenido muy distinto al derecho a la salud y sus límites. Asimismo, según qué fundamentación ética se elija (sea explícitamente o no), obtendremos unas políticas públicas con diferentes objetivos, procedimientos y, por supuesto, resultados.

Este estudio tratará, a lo largo del documento, de dar contenido teórico al derecho a la salud mediante su vinculación con una propuesta de elementos que debería tener una teoría general de la justicia compatible con los postulados de la SC. Como bien expone Daniels (2012), es un error muy común invocar el derecho a la salud para enfrentarnos a cuestiones de justicia en salud sin llenar a éste de contenido teórico. Esto no sólo es un

error teórico, pues impide determinar lo que significa “el derecho de muchos” en términos de “el deber de algunos” en materia de salud.

Hay una gran necesidad de reflexión ética desde el posicionamiento de la SC pero, sin duda, la gran dificultad de este estudio es llevar las argumentaciones teóricas al campo de la operatividad de programas específicos, como el de prevención y control de dengue de México. Es obvia la necesidad de aclarar posiciones teóricas dentro del campo de la ética, pero esto contrasta con la urgencia de respuestas concretas a dilemas éticos que los profesionales de la salud se encuentran en su trabajo de campo. Dilemas tales como ¿cuáles deben ser los principales objetivos de la lucha contra el dengue?, ¿qué papel debe jugar la equidad en el programa?, ¿cómo deben repartirse los beneficios del programa en la comunidad?, ¿debe hacerse hincapié en la dimensión reactiva o en la dimensión preventiva del programa de prevención de dengue?, ¿deben ir dirigidas las acciones de este programa a los determinantes sociales que causan la enfermedad o a factores individuales?, ¿qué papel juega la participación ciudadana si es que juega alguno? Todas estas cuestiones pueden ser resumidas grosso modo en una: ¿cuáles serían las consecuencias de una fundamentación ética del programa de prevención y control de dengue en México desde la postura de la SC? Este trabajo se orienta a proponer un marco ético desde la SC que pueda responder muy parcialmente (a modo de ejercicio) estas preguntas en el caso concreto del programa de prevención y control de dengue en México. Como se puede observar, esta pregunta puede ser fácilmente extrapolada a cualquier otro programa de salud pública, de hecho, la utilización del mencionado programa de salud pública se hace a manera de ejemplo. Es la intención de este estudio que las proposiciones éticas aquí expuestas para la SC puedan aplicarse tanto al programa de prevención y control de dengue, como a cualquier intervención en salud pública, obviamente tomando en cuenta las posibles diferencias y contextos de cada una de ellas.

Pregunta de investigación

Resumiendo, la pregunta que guía este trabajo es: ¿Cuáles deben ser los fundamentos éticos de las políticas y programas de salud pública desde el punto de vista de la Salud Colectiva?, y ¿cuáles son las implicaciones que tendrían esos fundamentos éticos de la Salud Colectiva sobre el programa de prevención y control de dengue de México?

Objetivos

Como objetivos, se propone:

1. Identificar las escuelas de pensamiento que han tratado de proporcionar fundamentos filosófico-morales para justificar las políticas y programas públicos en salud.
2. Identificar los fundamentos filosófico-morales que subyacen en las posiciones generales sostenidas por la Salud Colectiva en materia de políticas y programas públicos de salud.
3. Reconocer algunas de las implicaciones observables en la aplicación de los fundamentos éticos de la Salud Colectiva sobre el programa de Prevención y Control de Dengue de México.

MARCO TEÓRICO

Programas públicos de salud

Este trabajo se propone analizar los fundamentos éticos que debería tener un programa de salud pública, el programa de control y prevención de dengue, desde el punto de vista de la SC. Se sostendrá que el análisis ético de un programa de salud pública es diferente a un análisis ético en el campo de la salud clínica o biomédica. Se ha escrito y hablado extensamente de los fundamentos éticos de la investigación/acción clínica y biomédica, sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XX con el surgimiento de la bioética; sin embargo, el desarrollo de la ética de la salud pública ha sido bastante menor (Shickle et al., 2007; Pan American Health Organization Directing Council, 2012).

El primer paso para argumentar sobre las diferencias entre la bioética y una ética de la salud pública es analizar las diferencias entre los ámbitos clínicos y biomédicos por un lado y el de la salud pública por otro.

La salud pública comparte los objetos de análisis del campo biomédico y clínico, que, siguiendo a Frenk (2003), son las condiciones y las respuestas de salud. Las condiciones se conceptualizan como aquellos procesos que definen la salud. En cambio, las respuestas serían aquellas acciones que la sociedad pone en marcha para mejorar las condiciones de salud. La salud pública se diferencia de los ámbitos clínicos y biomédicos principalmente por su nivel de análisis, el nivel poblacional. Consecuentemente, la salud pública se define como la “aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta al estudio de los fenómenos de la salud en poblaciones humanas” (Frenk, 2003:42).

Los contenidos sustantivos de la salud pública se pueden dividir en tres: *a) las necesidades de salud; b) los servicios que satisfacen esas necesidades; y c) los recursos que requieren para producir dichos servicios* (Frenk, 2003:58). Esta tríada fundamental en salud pública, aunque obviamente requiere conocimientos técnicos para proveerse de contenido, se basa en un análisis ético previo, ya sea explícito o implícito. Tanto para definir las necesidades en salud, como para definir qué servicios y la prioridad que se concede mediante el recurso financiero otorgado, se deben responder preguntas relativas a qué es bueno o justo en salud para las personas.

Este cambio de dimensión para estudiar la salud tiene un impacto considerable a la hora de establecer su fundamentación ética. Los ámbitos clínicos y biomédicos, cuya principal

dimensión es la individual o sub-individual, centrarán su fundamentación ética en conceptos tales como la autonomía; mientras que la fundamentación ética de la salud pública girará en torno a cuestiones propias de su dimensión poblacional tales como la justicia social (Lolas, 2003).

La salud pública, en algunas ocasiones, se ha restringido erróneamente al ámbito de la intervención del Estado. Es cierto que el Estado debe asumir un rol protagonista a la hora de intervenir en salud pública, pero ésta no debe ser restringida únicamente al ámbito del Estado. Como bien definió hace ya 30 años el Instituto de Medicina de Washington (Institute of Medicine), “la salud pública es lo que, como sociedad, hacemos colectivamente para asegurar las condiciones en las que la gente pueda estar sana” (Committee for the Study of the Future of Public Health, Division of Health Care Services, Institute of Medicine, 1988).

Este trabajo, aunque en principio se puede utilizar para cualquier acción en salud pública, se centrará en la fundamentación ética de un programa estatal en salud pública, que se define como “una estrategia de intervención para un problema de salud pública con el propósito de fijar normas de atención, organizar adecuadamente los recursos de diagnóstico y tratamiento, racionalizar y adecuar el uso de la tecnología” (Blanco y Maya, 1997:75).

En la organización de los programas es esencial el aspecto normativo, que suele centrarse en los aspectos técnicos y administrativos. Las normas de los programas en salud deben contemplar aspectos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Al mismo tiempo, el diseño normativo suele responder a preguntas tales como: ¿Cuál es el objetivo?, ¿a quién está dirigido?, ¿quién aplicará la norma?, ¿dónde será aplicada?, ¿en qué momento se aplicará o cuándo?, ¿cómo se aplicará? y ¿con qué recursos? (Blanco y Maya, 1997:76). Sin embargo, las preguntas que se plantea este trabajo sobre los programas de salud, en concreto sobre el programa de prevención y control de dengue, son anteriores a estas que se suelen encontrar en los manuales. Estas preguntas se refieren a la dimensión ética que justifica la existencia de estos programas, ¿por qué es bueno o justo que haya un programa en salud que luche contra el dengue?, ¿qué argumentos filosóficos se argumentan para considerar este tipo de programas como necesarios? La respuesta a este tipo de preguntas moldeará completamente las respuestas a las demás preguntas anteriormente enumeradas y que centran la atención de la mayoría de manuales. No tendrá los mismos contenidos un programa de salud con

fundamentación ética utilitarista que un enfoque basado en derechos. Grosso modo, el primer enfoque se orientará como se expondrá más adelante en las consecuencias del programa y tratará de maximizar la felicidad (o utilidad) producida por el programa sin prestar mucha atención a la distribución de esa utilidad en los grupos más vulnerables (o vulnerados), mientras que el enfoque de derechos se preocupará por que estos se cumplan en todas las personas.

Una vez introducidos los conceptos de programa de salud pública se comenzarán a analizar los distintos acercamientos desde la filosofía moral que históricamente se han utilizado para fundamentar estas intervenciones en salud pública.

Ética aplicada a la Salud

Suele ser recomendable empezar aclarando la terminología que se utilizará a lo largo de un trabajo. Esto es aún más necesario para este estudio debido a la gran polisemia que experimentan conceptos tales como ética y moral, no solo en su uso cotidiano, sino incluso en su uso académico. Además, ambos conceptos suelen ser utilizados a veces como sinónimos confundiendo las diferencias básicas para el análisis que se quiere llevar a cabo en este estudio. Uno de los motivos por el que se confunden la ética y la moral es porque, etimológicamente, ambas palabras confluyen en el mismo significado: “carácter o costumbre”.¹

A pesar de su uso cotidiano como sinónimos y su gran polisemia, para este trabajo se definirán ética y moral de la manera más compartida dentro del ámbito académico. El término moral alude al “conjunto de principios, normas y valores que cada generación transmite a la siguiente en la confianza de que se trata de un buen legado de orientaciones sobre el modo de comportarse para llevar una vida buena y justa” (Cortina y Martínez, 2008: 22). Por lo tanto, existen tantas morales como códigos normativos, es decir reglas concretas sobre lo que está bien y mal, lo que es justo e injusto. Ejemplos de códigos morales son la moral judía, la moral cristiana, la moral marxista y un largo etcétera. La moral es contexto-dependiente e históricamente determinada, de ahí esta larga lista.

¹ Ética proviene del griego “ethos” y moral del latín “mos, moris”.

Por otro lado, se define ética como una rama de la filosofía “que se dedica a la reflexión sobre la moral [...] utilizando para ello el rigor conceptual y los métodos de análisis y explicación propios de la Filosofía” (Cortina y Martínez, 2008: 9).

La ética o filosofía moral, por lo tanto, estudia los diferentes códigos normativos, es decir, morales para dar cuenta racionalmente de esta dimensión humana. Tal y como correctamente argumenta Etxeberria, la ética trata de responder principalmente tres cuestiones:

“1) Precisar en qué consiste lo moral, distinguiéndolo de los otros ámbitos que son también objeto de saberes prácticos; 2) precisar igualmente los bienes supremos y las reglas que deben guiar la acción, cuestionando con ello los criterios y principios que hay que utilizar para establecer los juicios morales; 3) ofrecer argumentos que fundamenten o justifiquen la existencia de una moral y la necesidad u obligatoriedad de asumirla” (Etxeberria, 1998: 22).

Anteriormente, en las primeras páginas de este trabajo, se ha usado indistintamente el concepto de ética y ética política. Esto es debido a que el posicionamiento teórico de este estudio considera inseparables a la ética de la política. Tal y como lo explica Isaiah Berlin en su famoso ensayo sobre los dos conceptos de libertad: “La teoría política es una rama de la filosofía moral que tiene su origen en el descubrimiento, o aplicación, de ideas morales en la esfera de las relaciones políticas” (Berlin, 1958:46).

Además, al ser el objetivo de este trabajo analizar desde el punto de vista ético una política de salud pública, esta identificación de la filosofía moral y política es ineluctable.

Es también propósito de este estudio aportar algunas ideas sobre la fundamentación ética del derecho a la salud proclamado y defendido históricamente por la SC. Para ello se requieren algunas precisiones conceptuales anteriores al análisis propio de las distintas escuelas de pensamiento ético en salud pública. Es por esto necesario distinguir la moral del derecho. Aunque claramente debe existir alguna relación entre la moral y el derecho (es imposible pensar en un derecho totalmente independiente de cualquier moral), es importante aclarar desde un principio sus diferencias para no caer en confusión.

La moral precede a lo legal. Es decir, la dimensión moral es anterior y debe influir en las leyes. Al mismo tiempo, la principal característica de la moral es la autonomía, mientras que lo legal se caracteriza por su propiedad contraria, la heteronomía. Esto implica que la moral la determina la conciencia y se basa en la libertad de las personas, mientras que la

norma legal se determina de forma externa y coercitivamente (Cardozo et al., 2006). La norma moral nos la autoimponemos como expresión de una forma de ver la vida y la convivencia humana, mientras que la norma legal es impuesta a través de herramientas del Estado y van acompañadas de sanciones externas, en el caso de la moral la sanción es interna (sentimiento de culpa) (Etxeberria, 1998: 61). No es posible ni deseable que todas las normas morales se traduzcan al derecho, pero sí es de esperar que haya cierta influencia de las normas morales a la hora de construir las normas legales. Este es el caso de los derechos humanos y en concreto del derecho humano a la salud. El derecho a la salud tiene una fundamentación moral que inspira la legislación concreta en las constituciones de los distintos países y organismos internacionales, pero no hay que confundir estas dos dimensiones.

Este trabajo indagará sobre estas fundamentaciones del derecho a la salud, en concreto en salud pública a través de análisis y posicionamientos metaéticos. Siguiendo a Etxeberria (1998), la meta-ética es un concepto que puede ser entendido de dos formas distintas. A continuación, se analizarán ambas de forma somera.

Meta-éticas

Primera concepción meta-ética (anglosajona)

En primer lugar, y principalmente en el mundo anglosajón, la meta-ética se entiende como el análisis del lenguaje moral y de sus fundamentos epistemológicos. Fueron los representantes de la filosofía analítica los que introdujeron este concepto a mitad del siglo XX (Cortina y Martínez, 2008).

Una forma de analizar el tipo de lenguaje moral puede ser la que expone Carlos Nino (2013) en su división entre éticas descriptivistas y no descriptivistas. Las éticas descriptivistas defienden que los juicios de valor se refieren a hechos que, como la misma palabra indica, se pueden describir, bien sea de una manera objetiva o subjetiva. Dentro de las éticas descriptivistas, y con anterioridad a la división entre objetivas y subjetivas, se puede realizar la división analítica entre éticas naturalistas y éticas no naturalistas. Las éticas naturalistas defienden que los juicios éticos se refieren a hechos del mundo natural, bien sean objetivos o subjetivos, y que pueden ser empíricamente observables. Al contrario, las éticas no naturalistas encuentran la fundamentación a los juicios éticos en una dimensión por fuera del mundo natural, bien sea dios (en el caso de las subjetivistas),

en propiedades no analizables como la intuición (en el caso del intuicionismo, que se considera objetivista).

Por otro lado, las éticas no descriptivistas defienden que los juicios éticos son de unas características que resulta imposible dilucidar su carácter de verdad o de falsedad. Ejemplos de estas éticas son el emotivismo de Charles Leslie Stevenson o el prescriptivismo moral de Hare.

Para los emotivistas expresar un juicio de valor es lo mismo que dar un grito de dolor o placer. Todas estas divisiones quedan expresadas de una forma más clara en la Figura 1.

Figura 1. Divisiones meta-éticas (Nino, 2013: 32).



Algunas de estas divisiones meta-éticas suponen caer en escepticismo o dogmatismo, características que definen la crisis ética que ocurre sobre todo desde la segunda mitad del siglo XIX.

Por un lado, el emotivismo, al reducir los juicios éticos a meras emociones, niega que éstos puedan ser verdaderos o falsos, cayendo subsecuentemente en un escepticismo en el que es imposible la argumentación ética. Esta línea de pensamiento podría hacernos aceptar actos de injusticia, tales como genocidios, torturas, explotación que poseen un carácter muy fuerte, aunque sea de forma intuitiva, de injusticia. Desde este punto de vista actos en salud pública como el experimento Tuskegee, que fue un estudio clínico llevado a cabo entre 1932 y 1972 en la ciudad estadounidense de Tuskegee, en el cual 600 aparceros afroamericanos, en su mayoría analfabetos, fueron estudiados para observar la

progresión natural de la sífilis si no era tratada y si se podía llegar hasta la muerte, no serían ni correctos ni incorrectos, lo cual resulta cuanto menos chocante.

El otro peligro que traen tales posiciones, en este caso la de las éticas descriptivistas no naturalistas, es el dogmatismo, el otro extremo del relativismo. Tanto la creencia en intuiciones no analizables por la razón, como la creencia en el mandato divino como fundamentación de los juicios éticos, derivan en la imposibilidad de resolver los desacuerdos en materia de moral.

Ambas posiciones reducen o eliminan totalmente el análisis racional en el campo de la ética y por lo tanto aíslan el conocimiento técnico, o la razón instrumental, de su complemento esencial que es la razón ética. Es cierto que la razón instrumental utilizada por la ciencia y la tecnología es distinta de la razón ética, pero eso no significa que no sea parte del campo de la razón. Simplemente, la primera utiliza la demostración empírica mientras que la ética es un saber práctico que se rige por la argumentación razonada (Etxeberria, 1998).

Estas posiciones, por lo tanto, son parte de las causas de la excesiva tecnificación de la salud pública que este trabajo trata de exponer y criticar. A pesar de que las corrientes meta-éticas anteriormente citadas suponen una crítica importante e interesante para el avance de la ética, es totalmente necesario el análisis ético racional de las políticas públicas para la toma de decisiones acerca de la dirección y finalidad de éstas:

“No niego que la falta de claridad sobre el significado de las palabras sea una importante fuente de errores en la filosofía [...] mi desacuerdo nace del hecho de que lo que debería presentarse solo como una especie de introducción a una labor de filosofía moral, se haya convertido, en cambio, en el único argumento de casi toda la filosofía del mundo inglés” (Singer, 1973, citado en Abbagnano, 2016:432).

Segunda concepción de meta-ética

Esta segunda forma de entender la meta-ética se refiere a ella como un tercer nivel de análisis (siendo el primer nivel la moral y el segundo nivel la ética), cuyo objeto de estudio son las distintas escuelas de pensamiento ético. En palabras de Pieper (1991: 69):

“[la meta-ética es una] reflexión que no se refiere directamente al objeto de la ética sino a la estructura de la propia reflexión, así como a la manera como la ética habla de su objeto. Esta reflexión, crítica en su intencionalidad, que analiza el discurso

ético en lo relativo a sus pretensiones y a sus límites, es meta-ética en sentido propio”.

Resumiendo, el objeto de la ética es la moral, y el objeto de la meta-ética es la propia ética. Este es sin duda el tipo de análisis que va a prevalecer en este trabajo. Se analizarán a continuación las principales escuelas de pensamiento ético (sin ser totalmente exhaustivo) pertinentes o que han tenido un impacto crucial en el campo de la salud pública. El objetivo de tal análisis es, por un lado, tener las herramientas teóricas adecuadas para analizar desde un punto de vista ético el programa de salud pública para la prevención y control del dengue en México; y, por otro lado, situar a la SC latinoamericana dentro de ese debate con ánimo de realizar una crítica constructiva al programa anteriormente mencionado.

Éticas aplicadas

Los enfoques de las éticas aplicadas se centran en los principios morales compartidos comúnmente por las personas, más que en los principios derivados de teorías éticas deductivistas o racionales (Coughlin, 2008). Podemos diferenciar dos grandes formas de trabajo dentro de la ética aplicada: a) la ética casuística y b) el principialismo.

El razonamiento casuístico

El primer tipo de enfoque, el razonamiento casuístico, consiste en analizar un nuevo caso a la luz de consideraciones éticas generales comúnmente aceptadas y, además, fijándose especialmente en las similitudes relevantes con respecto a casos anteriores que hayan conseguido un aceptable consenso ético (Childress et al., 2002). Este tipo de enfoque insiste en que ni teorías ni principios son adecuados para el razonamiento moral, para los defensores de la ética casuística la apreciación del contexto y circunstancias de cada caso es esencial para realizar con éxito y relevancia el razonamiento moral (Coughlin, 2008). Una crítica habitual que se le hace a este tipo de razonamiento moral es que se basa demasiado en la intuición en los casos de conflicto moral y que al centrarse en los casos concretos puede no tener en cuenta consideraciones éticas más generales (Coughlin, 2008). Por estos y otros motivos el razonamiento casuístico se ha considerado más como una herramienta complementaria a otros enfoques como el principialismo, que como un enfoque por sí mismo. A continuación, se analizará resumidamente el segundo enfoque no deductivista, el principialismo.

Principlismo

Un ejemplo ampliamente conocido de este segundo tipo de pensamiento es la ética principlista de Beauchamp y Childress, que reduce la moralidad a un conjunto de cinco principios (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia). Estos principios actúan como un marco general para la toma de decisiones éticas principalmente en el campo de la clínica, aunque también se ha utilizado este marco ético para la toma de decisiones en materia de salud pública (Coughlin, 2008).

Las principales ventajas de este enfoque son su resistencia y flexibilidad para enfrentar problemas éticos novedosos, su utilidad y capacidad de resolución, su universalizabilidad (al menos en campos específicos como la salud pública) y su convergencia con otras teorías éticas (Coughlin, 2008). Sin embargo, otros autores han resaltado algunos problemas relacionados con el uso de este enfoque. Por ejemplo, el enfoque principlista no explica cómo convertir estas consideraciones morales generales en normas más concretas y específicas capaces de guiar la acción de una manera ética, no toma en cuenta las especificidades del contexto de cada problemática moral, tampoco especifica nada sobre qué hacer cuando los principios entran en conflicto, ya que nunca se especifica ninguna jerarquía entre ellos, por ejemplo el principio de no maleficencia a menudo tiene que ser sopesado con el de beneficencia en las intervenciones de salud pública (Carlo et al., 2010; Petrini, 2010, Childress et al., 2002). Además, estos principios éticos no representan una lista exhaustiva de todos los principios pertinentes, ni en medicina clínica (para la cual fueron pensados en su origen) ni mucho menos en salud pública, no proveen una justificación filosófica, es decir, estos principios se encuentran desconectados de una teoría ética adecuada y por lo tanto sufre de lo que algunos han llamado “agnosticismo teórico” (Coughlin, 2008; Petrini, 2010).

Aunque, como se ha mencionado anteriormente, el principlismo nace en el campo de la investigación y la clínica, muchos autores han querido adaptar este enfoque a la salud pública. Estos autores consideraron que los principios enumerados por Beauchamp y Childress no se adaptaban bien al campo de la salud pública. Subsecuentemente, se realizaron varios intentos de elaboración de principios aplicados al campo de la salud pública. A estos conjuntos de principios elaborados con la manifiesta intención de guiar la operatividad de los programas y acciones de salud pública es a lo que se va a llamar, en este trabajo, marcos operativos éticos en salud pública. A continuación, se analizarán algunos de los más importantes en las últimas décadas.

Principales escuelas éticas contemporáneas

Como se ha mencionado anteriormente, este estudio se va a centrar en las escuelas éticas que parten de posiciones explícitas, las cuales entienden que el contenido de la moral puede ser aprehendido a través de la experiencia humana cuando es entendida como un proceso intersubjetivo en el que la argumentación filosófica es central. Por lo tanto, se van a dejar de lado teorías éticas basadas en la religión o en la intuición.

Históricamente ha existido una hegemonía liberal en la producción de filosofía moral. En primer lugar, el utilitarismo ha sido la escuela ética dominante desde su aparición en el siglo XVIII y a partir de la segunda mitad del siglo, principalmente después del afamado libro de Rawls “Teoría de la Justicia”, es el igualitarismo liberal el que ocupa su lugar de dominación. Tal y como reconoce Sandel (2008:187), que no es un autor considerado como liberal, esto es debido a que “dicha doctrina goza de un hondo y poderoso atractivo filosófico”.

1. Utilitarismo

El utilitarismo es una de las escuelas de pensamiento ético dominante en el campo de la salud pública (Ruger, 2006; Petrini, 2010; Gostin, 2003). Es la escuela que más se ha utilizado y que más se utiliza a pesar de las rotundas críticas que, sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XX, se han realizado desde la academia. Este papel central es debido a varias características propias de esta escuela de pensamiento: primero, el profundo valor intuitivo que tiene su principio característico de buscar el mayor beneficio para el mayor número de personas; y segundo, la gran versatilidad de esta escuela. No hay una corriente única en el utilitarismo, sino que, debido a la gran variedad de acepciones que posee su concepto central: la utilidad, es una escuela que contiene muchas variaciones que han ido adaptándose y haciendo frente a las críticas anteriormente mencionadas (Roberts et al., 2002; Shickle et al., 2007).

Aunque de raíces epicúreas y basándose en parte del pensamiento de Hume, es comúnmente aceptado que el utilitarismo nace al final del siglo XVIII con la obra del abogado y filósofo inglés Jeremy Bentham. Sin embargo, es a lo largo del siglo XIX que adquiere su popularidad y su sistematización principalmente a través de dos autores: John Stuart Mill y Henry Sidgwick (Arnsperger y Van Parijs, 2002).

El utilitarismo es una ética consecuencialista individualista en la cual la utilidad, entendida como la maximización del beneficio colectivo o agregado, está en el centro de su teoría

de la justicia (Coughlin, 2008). Para el utilitarismo las personas claramente, y de manera natural, persiguen la felicidad y se apartan del dolor. Consecuentemente, la ética perseguirá la maximización de la felicidad o utilidad y la minimización del sufrimiento humano.

En línea con la versatilidad anteriormente mencionada, el concepto de utilidad ha tenido varios significados: desde la interpretación meramente hedonista de utilidad como maximización del placer hasta la interpretación de utilidad como indicador de satisfacción de las preferencias racionales individuales. Además, el utilitarismo se suele diferenciar no solo por los distintos conceptos de utilidad, sino también por las distintas formas de calcularla, que derivan en tipos de utilitarismo tales como el clásico, el utilitarismo medio y el utilitarismo del umbral (Arnsperger y Van Parijs, 2002). Otra de las diferencias claves para entender la gran variedad de corrientes dentro del utilitarismo es la división entre utilitarismo subjetivo y objetivo.

Para los utilitaristas subjetivos la utilidad se concibe desde la interpretación de cada individuo. Muchos de estos utilitaristas subjetivos están a favor de la utilización del mercado para la distribución de los servicios de salud debido a que éste responde a las necesidades individuales. El utilitarismo subjetivista ha sufrido muchas críticas, no solo por su inclinación a soluciones de mercado, sino también por la dificultad de realizar comparaciones interpersonales de felicidad o utilidad. A la hora de distribuir cualquier bien para maximizar la felicidad, ¿cómo comparar la felicidad que aportaría en una u otra persona? Asimismo, la elección social en base a preferencias individuales ha sido fuertemente puesta en evidencia a partir de la obra de Arrow “Elección social y valores individuales” de 1951 y, concretamente de su “teorema de la imposibilidad”, el cual demuestra que bajo algunos supuestos básicos y siguiendo la teoría de la elección social no se puede llevar a cabo la elección social basada en la votación individual, es decir las preferencias individuales.

Por otro lado, y en parte para solventar todas estas críticas, aparecen los utilitaristas objetivos que argumentan que el utilitarismo subjetivista confía demasiado en la validez de los juicios individuales y prefieren optar por centralizar esta toma de decisiones por medio de un instrumento más objetivo, por ejemplo, un comité de expertos capaces de racionalizar debidamente este proceso (Roberts y Reich, 2002).

La centralidad de las consecuencias en el utilitarismo es una idea bastante intuitiva para los tomadores de decisiones en salud pública debido a que, con sus intervenciones (tales

como campañas de vacunación) pretenden reducir la mayor carga de enfermedad posible al menor costo. Cuanto más cerca estén los profesionales de la salud pública de realizar análisis costo-beneficio o costo-efectividad como argumento central para la toma de decisión, más cerca estarán de las posturas utilitaristas (Shickle et al, 2007; Roberts y Reich, 2002).

Los análisis costo-beneficio son sin duda los más criticados dentro de esta corriente. Están ubicados dentro del utilitarismo subjetivo ya que depositan en el precio, que a su vez está determinado por el mercado, la viabilidad del programa o acción en salud pública analizada. La principal crítica a este tipo de análisis es la dificultad de reducir las ventajas e inconvenientes de una acción a una única dimensión, la monetaria, y que, a su vez, sea el mercado el que establezca su valor. Tal y como explica Sen (2012:270), la existencia de dimensiones inconmensurables, sobre todo en salud, dificulta, si no imposibilita, este tipo de análisis.

“La inconmensurabilidad está presente cuando varias dimensiones de valor son irreductibles unas a otras. En el contexto de la evaluación de una opción, la conmensurabilidad requiere que, al ponderar los resultados, podamos ver los valores de todos los resultados relevantes en una dimensión exacta [...] de tal manera que al decidir lo que sería mejor no tengamos que ir más allá de «contar» el valor de conjunto en esa medida homogénea. Puesto que los resultados se reducen todos a una dimensión, no tenemos más que verificar qué cantidad de esa «única cosa buena», a la cual se ha reducido cada valor, ofrece cada opción”.

Un ejemplo de la mencionada inconmensurabilidad es sin duda la vida humana. ¿Es posible ponerle precio a la vida humana?, ¿se debe reducir la vida humana a la dimensión monetaria?, ¿cómo se le puede poner precio a la carga emocional relativa a la pérdida de un ser querido? En el caso de ser el mercado quien establezca los valores por medio de la oferta y la demanda, ¿es lógico pensar que la vida de un niño vale más que la vida de otro si el padre del primero está dispuesto a pagar más por él? Si se usa la voluntad de pago como medida, entonces las clases altas tendrán, inexorablemente, mayor influencia en la toma de decisiones (Roberts y Reich, 2002).

Otra dificultad añadida a estos cálculos utilitaristas, expone Sen (2012:312-313), son las preferencias adaptativas que describe de la siguiente forma:

“El cálculo utilitarista basado en la felicidad o la satisfacción de los deseos puede ser profundamente injusto con quienes son indigentes de manera persistente, pues

nuestra disposición mental y nuestros deseos tienden a ajustarse a las circunstancias, en especial para hacer la vida tolerable en situaciones adversas. [...] El mérito práctico de tales ajustes para las personas en posiciones adversas de carácter crónico es fácil de entender: se trata de una manera de vivir en paz con pobreza persistente. Pero los ajustes también tienen el efecto de distorsionar la escala de utilidades bajo la forma de felicidad o satisfacción de los deseos. Desde el punto de vista del placer o de la satisfacción de los deseos, las desventajas de los indigentes desesperados pueden aparecer entonces como mucho menores que a la luz de un análisis más objetivo de su pobreza y su opresión”.

A pesar de su utilización con regularidad en el campo de la salud pública, el utilitarismo ha sufrido muchas críticas sobre todo a partir de 1970 con la aparición de otras teorías, principalmente por la aparición de la obra de Rawls enmarcada en el igualitarismo liberal. Estos autores ahondan en la crítica al utilitarismo por el hecho de que tome en cuenta en el cálculo de la satisfacción individual lo que viene a llamarse como “gustos ofensivos”, es decir, que, si alguien siente satisfacción a la hora de asesinar o violar los derechos de otra persona, este gusto debería sopesarse en el cálculo general de satisfacción agregada. La reducción de todos los valores a preferencias y deseos hace que el utilitarismo sea incapaz de admitir distinciones cualitativas de valor o de diferenciar los deseos nobles de los innobles. Además, también critica la falta de justificación moral del utilitarismo a la desigualdad en la distribución y objeta que el bienestar de las personas sea atendido desde el punto de vista normativo ya que esto es muy subjetivo, él, como se verá más adelante, hablará de la necesidad de normativizar la distribución de bienes primarios (Dieterlen, 2015). El utilitarismo no atiende a la distribución de la utilidad sino a su maximización. Esto crea problemas de equidad, ya que permite la compatibilidad del utilitarismo con grandes desigualdades sociales, además de la instrumentalización de los derechos humanos (Roberts y Reich, 2002; Petrini, 2010). Esta instrumentalización significa que no toma en serio los derechos del individuo, los reduce a la mera suma de preferencias y deseos. Hace de la justicia y de los derechos cosa de cálculos, no de principios.

Una crítica aún más radical, en el sentido de apuntar a las raíces filosóficas de esta escuela, es la de Etxeberria (1998:44-46) que argumenta que el hecho de que todo el mundo desee la felicidad (hedonismo psicológico) no supone que sea deseable que todo el mundo busque la felicidad (hedonismo ético egoísta), ya que caeríamos en lo que se llama la “falacia naturalista”. Esta falacia consiste en pasar de forma ilegítima de la dimensión de

los hechos (la cual es meramente descriptiva) a la dimensión de los valores (fundamentalmente prescriptiva). El utilitarismo, incluso, propone otro salto aún más criticable: no solo es deseable que todo el mundo busque la felicidad, sino que es deseable que todo el mundo busque la felicidad de todo el mundo. Inclusive algunos autores utilitaristas como Sidwick critican este salto ya que supone una nueva falacia: la de “composición”; y, para que esto se lograra se necesitaría complementar al utilitarismo con un principio de distribución justa de la felicidad.

Otra de las críticas centrales al utilitarismo es la que se dirige a su concepto central: la utilidad. Adela Cortina (2000:89-90) expone la dificultad de definir la felicidad. Si no se quiere caer en definiciones tautológicas (“la felicidad consiste en lograr aquello a que se aspira y lograr aquello a que se aspira se denomina felicidad”) hay que definir la felicidad, o bien cayendo en esencialismos sobre el hombre, o bien se identifica con el placer. Esto a su vez lleva a un callejón sin salida ya que como Cortina sigue exponiendo: “O bien «placer» significa algo tan poco discriminante como «satisfacción de necesidades», o bien se refiere al placer sensible, en cuyo caso no puede decirse honradamente que sea el único móvil de la conducta humana” (Cortina. 2000: 90).

Hay un intento desde el utilitarismo, principalmente de John Stuart Mill y algunos autores neoutilitaristas, de refutar algunas de estas críticas. Mill se desmarca un tanto del utilitarismo de Bentham al postular las diferencias cualitativas dentro de las preferencias, es decir ya no se trataría de cuantificar el placer, sino que habría una dimensión cualitativa en la que placeres elevados tendrían preferencia. De este modo Mill trata de evitar la crítica de los gustos ofensivos anteriormente descrita. Por otro lado, Mill defiende, sobre todo en su libro “Sobre la libertad” (1859), la reconciliación de los derechos individuales con el utilitarismo. Esta defensa de los derechos individuales desde el utilitarismo la hace argumentando que no se debe maximizar la utilidad caso a caso, sino a largo plazo. De este modo el respeto a los derechos individuales con el tiempo conducirá a la mayor felicidad humana.

Ambas rectificaciones del utilitarismo mantienen su fundamentación y base argumental en la utilidad, por lo que muchos autores las consideran, por un lado, insuficientes, ya que, al mantener la utilidad como principio fundamental, cabe la posibilidad de que en una situación hipotética se vulneren los derechos individuales. En palabras de Sandel (2011:33):

“[R]espetar los derechos individuales con la finalidad de fomentar el progreso social deja a los derechos sujetos a la contingencia. Supongamos que encontramos una sociedad que logra una especie de felicidad a largo plazo por medios despóticos. ¿No tendría que concluir el utilitarista que en una sociedad tal no se requieren moralmente derechos individuales?”

Por otro lado, estos autores, revelan que detrás de estas modificaciones hay un acercamiento a posturas que no son para nada consecuencialistas, sino deontológicas. Mill reconoce que no se puede forzar a una persona a vivir de una determinada forma debido a lo que elija la mayoría ya que esto le impediría alcanzar el más importante fin de la vida humana, que es el completo y libre desarrollo de sus facultades que sólo se pueden alcanzar mediante la elección. Esta posición le aleja del utilitarismo tal y como lo expone Sandel (2011:34):

“La contundente celebración de la individualidad que hace Mill es la contribución más característica de Sobre la libertad. Pero es también una forma de herejía. Puesto que apela a ideales morales que van más allá de la utilidad —ideales relativos al carácter y al florecimiento humano—, no es realmente una elaboración del principio de Bentham, sino un renunciar a él, aunque Mill diga lo contrario”.

Resumiendo, todas estas críticas dificultan la fundamentación ética de los programas públicos de salud que afirmen el derecho humano a la salud. Serán las escuelas deontológicas quienes desarrollen estas ideas.

2. Liberalismo (deontológico)

La ética deontológica tiene como principal autor a Immanuel Kant (1724-1804), y se plantea como una ética contraria a las éticas teleológicas (es decir consecuencialistas) tales como el utilitarismo. En vez de argumentar un bien moral sólo por sus efectos en el bienestar general, se argumenta también por el “deber ser” desde el punto de vista racional; el bien moral sólo lo puede alcanzar el ser humano ya que es el único ser racional. Kant reconoce que no somos únicamente seres racionales, sino que también somos seres “sintientes”, pero para él fundamentar la ética en inclinaciones naturales, tales como perseguir el placer, es una equivocación. Niega nuestra racionalidad y nos convierte en seres heterónomos. Kant, por el contrario, defiende la idea de que la fundamentación de la ética debe estar basada en la razón. Los seres humanos son libres en la medida que puedan basar sus elecciones desde la autonomía con respecto a sus inclinaciones

naturales. Por lo tanto, y debido a esta racionalidad y autonomía, el ser humano posee una dignidad inherente y nunca debe ser un medio para alcanzar la felicidad o cualquier otro fin, sino un fin en sí mismo. Es tan importante este principio de finalidad de los seres humanos, que, junto con el principio de universalidad, conforman los criterios para conformar las normas éticas, lo que Kant denomina “imperativos categóricos” (Sandel, 2011; Coughlin, 2008; Petrini, 2010).

Para ilustrar los cambios que genera esta escuela en la fundamentación ética de una determinada política pública en salud, considérese un mismo programa, por ejemplo, uno que se plantee luchar contra la mortalidad infantil. Desde el punto de vista deontológico se fundamentaría porque es la política “correcta”, responde al imperativo categórico de defender la vida (es decir cumple con los criterios de universalización y de tratar a las personas como fines en sí mismos y no como medios), y no solo se fundamentaría por el impacto en el bienestar general de dicho programa de salud pública, tal y como haría una ética utilitarista (Sciegaj, 1987).

La ética liberal deontológica se puede dividir en dos grandes escuelas: el libertarismo y el igualitarismo liberal. A continuación, se esbozará rápidamente en qué consisten estas dos grandes corrientes y algunas de las consecuencias de su utilización en salud pública.

2.1 Libertarismo

Aunque el libertarismo se nutre de autores liberales clásicos como John Locke (1632-1704) y los economistas Ludwin von Mises (1881-1973) y Friedrich von Hayek (1899-1992), no se forma completamente hasta la aparición, en los años setenta, de la obra de economistas norteamericanos tales como John Hospers (1918-2011), Murray Rothbard (1926-1995), David Friedman (1945-), Robert Nozick (1938-2002) y Hillel Steiner (desconocidas) (Arnsperger, 2002).

El centro del pensamiento ético libertarista es la dignidad fundamental de cada persona que reside en el ejercicio soberano de la libertad de elección en el marco de un sistema coherente de derechos, los cuales, para los libertaristas, se reducen al campo del derecho negativo, es decir, que requiere una prohibición de los otros y no una obligación, por ejemplo, la prohibición de matar (Arnsperger y Van Parijs, 2002; Petrini, 2008).

Los principios que se derivan de esta escuela ética son tres: a) el principio de auto propiedad, que hace hincapié en el pleno derecho de cada persona sobre sí misma; b) el derecho de la transferencia justa, que regula la propiedad de los objetos externos a la

persona estipulando que “se puede llegar a ser el legítimo propietario de un bien, sea adquiriéndolo gracias a una transacción voluntaria con la persona que era anteriormente la legítima propietaria, sea creándolo sin utilizar otra cosas, aparte de uno mismo, más que los bienes adquiridos de esta manera”; y por último, c) el principio de la apropiación originaria que trata de explicar cómo se da el paso de que los objetos externos sean simples recursos naturales a que sean propiedad privada de alguien. En este principio hay algunas variaciones que van desde las posiciones más de “derecha”, con autores como Kirzner, en las que se argumenta que “el primero que llega se sirve primero” hasta posiciones más a la “izquierda” del espectro político en las que ya se estipula algún tipo de cláusula de compensación (como la cláusula lockeana²) para las demás personas o hasta se defiende una partición igual de la renta territorial y por lo tanto la apropiación solo podría ser legítima si el propietario pagara una tasa que refleje el valor de los recursos naturales apropiados (Arnsperger y Van Parijs, 2002).

El utilitarismo y el libertarismo (principalmente el de “derecha”) son los enfoques éticos que subyacen a la ética de mercado que actualmente domina la salud pública globalmente (Vega Romero, 2002).

Como se ha mencionado anteriormente la escuela libertarista posee un enfoque deontológico de derechos, pero sus argumentos se dirigen a justificar la libertad negativa, definida por Isaiah Berlin (2001:54) como “ausencia de interferencia más allá de una frontera, variable, pero siempre reconocible”. Ejemplos de este tipo de libertades son los llamados derechos de primera generación o civiles y políticos: la libertad de expresión, el derecho a la vida, etc.

Los libertaristas están en contra de cualquier instrumento redistributivo de la riqueza que sirva para poner en funcionamiento políticas públicas en salud. Para los libertaristas el papel del Estado debe limitarse al mantenimiento del orden público y la defensa de los derechos negativos tales como el de propiedad. Por ejemplo, para Sade el concepto de derecho al cuidado sanitario es inmoral, “no es ni un derecho ni un privilegio”, lo define simplemente como un servicio más que ofrecen los médicos a cambio de un salario. Reduce el derecho a la salud a un derecho negativo a poder adquirir en el mercado la protección a la salud como cualquier otro bien o servicio (2002:55-74). Un ejemplo de la

² La cláusula lockeana consiste en que para que una apropiación de algo sea legítima, debe dejarse de ese algo suficiente e igualmente bueno.

influencia actual de este pensamiento ético es el actual sistema de salud de los Estados Unidos de Norteamérica; en palabras de Zúñiga (2011):

“Si bien el gasto sanitario nacional per cápita en los Estados Unidos es el más alto del mundo, existen casi 47 millones de habitantes que no están asegurados y cerca de 25 millones que poseen una cobertura insuficiente para sus necesidades. De este modo, cuando alguien sin seguro se enferma está obligado a pagar los costes médicos de su propio bolsillo, provocando que la mitad de todas las bancarrotas privadas en EU [Estados Unidos de Norteamérica] se deba, en parte, a los gastos médicos”.

La influencia actual de esta escuela de pensamiento va más allá, siendo clave en debates de salud pública de importancia global, tales como la prohibición o regulación de los mercados de órganos o del suicidio asistido.

El libertarismo ha sufrido muchas críticas sobre todo desde posiciones críticas al mercado o más igualitaristas. Una de las principales críticas es que el libertarismo no tiene en cuenta la arbitrariedad de los talentos naturales y de la posición social.

“Distribuir las cosas buenas de la vida en función de esas diferencias no es hacer justicia, sino simplemente trasladar a las formas de organización humana la arbitrariedad de la contingencia social y natural” (Sandel, 2008:196).

Desde esta escuela, los discapacitados o simplemente las personas con talentos insuficientes para conseguir los recursos necesarios para obtener una vida digna a través de procesos de mercado tienen una única salida: la beneficencia.

Además, este principio de autopropiedad, si se aplica en determinadas situaciones, llega a perder el gran poder intuitivo que parece poseer a primera instancia. Por ejemplo, argumentado hasta sus últimas consecuencias, se podría defender desde esta posición el derecho a un mercado de órganos, incluso hasta el punto de vender órganos vitales suponiendo la muerte del vendedor. Según Nozick (1988:172): “El núcleo central de la noción de un derecho de propiedad sobre X, [...] es el derecho a determinar qué es lo que se debe de hacer con X”. Por lo tanto, desde una perspectiva puramente libertarista no habría ningún impedimento para prohibir el comercio de órganos vitales, incluso esta corriente interpretaría un comercio de órganos vitales de países empobrecidos hacia países enriquecidos como algo positivo para ambos mientras sean transferencias voluntarias libres de coacción. Parece algo bastante contraintuitivo el pensar que una relación comercial como la anteriormente descrita entre un campesino pobre de Haití y

un profesional liberal de Inglaterra sea totalmente voluntaria. Parece lógico pensar que las necesidades extremas de una parte con respecto a la otra significan una coerción en cierto modo. Una de las problemáticas de la posición libertarista es que, tal y como expone Satz (2015:814-815), los conceptos de coerción o voluntariedad son normativo, y, por lo tanto, muy difícil de definir. Las limitaciones de una persona tales como la pobreza, la falta de educación, etc., podrán ser interpretadas como coerción si pensamos que esas situaciones transgreden unos derechos legítimos de las personas a no encontrarse en esa situación de vulneración con respecto al otro agente de la transacción. Parece difícil, si no imposible, pensar que la protección solo de los derechos negativos asegure situaciones de no coerción en este, o cualquier otro, tipo de transacción. Para eliminar este tipo de situaciones asimétricas que aseguren la voluntariedad de las transacciones parece lógico que se cubran una serie de derechos positivos tales como la eliminación de la pobreza, la provisión de educación y de salud, etc.

“No basta el principio de autopropiedad para asegurar que todas las personas sean realmente autónomas. También es necesario un Estado que garantice recursos mínimos para que los individuos ejerciten esa libertad” (Zúñiga, 2011).

Por lo tanto, la salud en general, y la salud pública con mayor razón³, forman parte de ese otro tipo de libertades llamada positivas que no pueden dejarse en manos del “libre” intercambio mercantil, sino que es el Estado el que tiene que asegurarla promoviendo otro valor tan importante que, sin él, la libertad proclamada por el libertarismo no se puede realizar, la igualdad.

Aunque la importancia de la igualdad ha sido vinculada históricamente a escuelas marxistas (que se expondrán posteriormente) la escuela que mayor desarrollo teórico ha realizado en torno a la relación entre libertad e igualdad ha sido el liberalismo igualitario que a continuación se expondrá brevemente.

2.2 Liberalismo igualitario

El liberalismo igualitario o igualitarismo liberal es la corriente hegemónica en el contexto académico (Sandel, 2008). Fundamentadas en las teorías del contrato social de Locke, Rousseau y principalmente de Kant, en las que las normas y las instituciones sociales son

³ Debido a su dimensión poblacional, la salud pública suele ser una de las grandes perjudicadas u olvidadas en sistemas de salud basados en el atomismo del mercado.

fruto del consentimiento y beneficio de todos, abogan por un equilibrio entre conceptos tales como libertad e igualdad.

Este trabajo se centra en los principales autores de esta escuela ya que es sin duda la que más desarrollo ha tenido desde mediados del siglo pasado. De hecho, es difícil encontrar algún autor que no comience su análisis, sea de la orientación que sea, y no mencione o parta de autores tales como Rawls o Dworkin. En este trabajo se expone tanto la teoría de la justicia de Rawls como el igualitarismo de recursos de Dworkin, y se analizan las aplicaciones al campo de la salud, y más concretamente al de la salud pública.

En la segunda mitad del siglo XX aparece Rawls con su propuesta de la “justicia como imparcialidad” que intenta fijar los principios morales básicos por medio de un razonamiento que se desarrolla en lo que él viene a llamar “posición original”. Esta “posición original” consiste en la total ignorancia de los participantes en la negociación sobre sus características tanto naturales como sociales, inclusive, tampoco conocerán sus concepciones del bien, evitando así cualquier tipo de parcialidad o conveniencia (Rawls, 2014:25). Según Rawls las distintas partes acordarán la adopción de tres principios de justicia, los cuales se encuentran más balanceados, con respecto a la idea de igualdad, que la idea de libertad excesivamente defendida por la justicia de mercado.

Antes de enunciar qué principios de justicia acordarían personas racionales en la situación de “posición original”, hay que responder la famosa pregunta de Amartya Sen: “¿igualdad de qué?”, ¿qué métrica se debe utilizar para obtener justicia?, ¿en qué unidad se mide la justicia? Dentro del liberalismo igualitario hay diversas respuestas a esta pregunta. Rawls la responde postulando que son los bienes primarios la unidad en la que se debe expresar la igualdad. Los bienes primarios según Rawls son ciertas cosas que individuos racionales desean como requisitos para realizar sus planes de vida (Rawls, 2014:360). Los divide en cinco categorías: 1) las libertades y derechos civiles y políticos (tales como el derecho a la libre expresión, a la libre asociación, a la integridad física, etc.); 2) oportunidades; 3) poderes y prerrogativas de la autoridad; 4) riqueza e ingreso; 5) las bases sociales para el respeto a sí mismo. Los bienes primarios son bienes objetivos y, de esta manera, se distancia Rawls del utilitarismo subjetivista basado en las preferencias individuales. Los principios de justicia de Rawls se definirán a partir de la distribución de estos bienes primarios que realizaría cualquier ser racional desde la posición original o tras el “velo de ignorancia” (Rawls, 2014:88-89).

Según Rawls (2014:280), se obtendrían tres principios de justicia, los cuales se pueden resumir de la siguiente manera:

1. “Principio de la igual libertad: cada persona tiene derecho al conjunto más extenso de libertades básicas que sea compatible con un conjunto igual de libertades para todos.
2. Las desigualdades sociales y económicas deben satisfacer dos condiciones:
 - a. Principio de la diferencia: procurar el máximo beneficio de los miembros menos aventajados de la sociedad.
 - b. Principio de la igualdad equitativa de las oportunidades: estas desigualdades deben estar asociadas a posiciones y funciones a las que todas las personas tengan el mismo acceso, en condiciones de justa igualdad de oportunidades”.

Subsecuentemente, de las cinco categorías de bienes primarios, solo las libertades civiles y políticas y las oportunidades son los bienes primarios que, los primeros de forma lexicográfica, deben distribuirse de forma totalmente igualitaria, permitiendo que los poderes, el ingreso y la riqueza se distribuyan de forma desigual siempre y cuando los menos aventajados de la sociedad salgan beneficiados con respecto a una situación de total igualdad. Sobre el último bien primario, el respeto a sí mismo, Rawls argumenta que es un bien especial, y que sin duda “los individuos en la situación original desearían evitar, casi a cualquier precio, las condiciones sociales que socavan el respeto propio” (Rawls, 2014:399).

Resumiendo, las aportaciones más importantes de Rawls se pueden sintetizar en tres categorías: a) la vuelta al contrato social como eje central de su teoría de la justicia; b) la ruptura de la falsa dicotomía entre la libertad y la igualdad que se había establecido durante la pugna entre el liberalismo y el socialismo; y c) la unión de los que Rawls llama la “libertad de los modernos”, entendida como la defensa de las libertades individuales, con la “libertad de los antiguos” que es la libertad como tradicionalmente se había entendido, es decir, libertades políticas tales como el derecho a participar en la vida política de un país o de una comunidad determinada (Dieterlen, 2015:36-37).

Rawls no pretende hacer una teoría ética de la salud, de hecho, él considera la salud como un bien natural que, aunque se ve influenciado por la estructura básica de la sociedad, no está directamente bajo su control (Rawls, 2014:69). A pesar de esto, sienta las bases para que otros autores, como Norman Daniels, adapten este marco teórico para el caso de la salud, y en concreto para la salud pública. Norman Daniels utiliza el principio de la igualdad

equitativa de las oportunidades para argumentar el derecho a la salud (Daniels, 2012:14). Según este principio la protección de las necesidades en salud tendría una importancia vital ya que promueve el funcionamiento normal (sic) y esto posibilita la protección de las oportunidades de los individuos. Estas necesidades en salud las define de la siguiente manera:

1. “Nutrición adecuada.
2. Condiciones de vida y de trabajo seguras, con servicios sanitarios y libres de contaminación.
3. Ejercicio, descanso y estilos de vida en los que se evite el abuso de drogas y se practique el sexo seguro.
4. Servicios médicos personales y sistemas asistenciales preventivos, curativos, de rehabilitación y compensatorios.
5. Personal de ayuda que no sea necesariamente para los servicios médicos.
6. Distribución adecuada de otros aspectos que no son determinantes para la salud” (Daniels, 2012:42-43).

Algunos autores, dentro del liberalismo igualitario, han criticado la teoría de la justicia de Rawls y, por lo tanto, su extensión al campo de la salud, argumentando que no toma en cuenta la responsabilidad de los individuos en el cuidado y el mantenimiento de la salud. Estos autores señalan que hay que diferenciar entre la “suerte bruta” y la “suerte opcional”, siendo la primera cuando las consecuencias de una acción no dependen de la persona y la segunda lo contrario, cuando las consecuencias son resultado de apuestas que la persona realiza conscientemente (Dworkin, 1981, citado en Dieterlen, 2015).

La “igualdad de recursos” que propone Dworkin tiene dos componentes teóricos. El primero se basa en una hipotética subasta donde cada persona tiene los mismos recursos para adquirir bienes impersonales, es decir, el talento y aptitudes naturales quedarían fuera. Dworkin piensa que los recursos es la unidad de la igualdad y por lo tanto es imprescindible la figura del mercado como la mejor herramienta para medir o asignarles, a los recursos elegidos, su verdadero costo de oportunidad con respecto a los otros, en palabras de Dworkin (2014:434): “Un libre mercado no es un enemigo de la igualdad, como se supone con frecuencia, sino un factor indispensable para una igualdad genuina”.

El siguiente paso, y una vez que la persona tiene el set de bienes impersonales deseado, es que se cumpla lo que Dworkin llama “el test de la envidia”, el cual consiste que una vez comparado con los sets elegidos por las demás personas, uno sigue estando conforme con

el set que eligió. A partir de ese momento, las desigualdades que se produzcan serán fruto de las decisiones personales por las que las personas deben hacerse responsables (“suerte opcional”). Dworkin, como Rawls, quiere eliminar los efectos de factores arbitrarios en la distribución de bienes, por lo que para complementar su modelo entra en acción el segundo componente: el mercado hipotético de seguros. Este mercado de seguros, que tendría lugar dentro de la hipotética subasta inicial, proporcionará cobertura a todas las personas sobre los factores arbitrarios provocados por la mala suerte como las discapacidades o las divergencias en talentos en general. Este seguro tendrá la cobertura que las personas consideren prudente pagar con los recursos iniciales bajo unas condiciones de información especiales (Dworkin, 2014:433-440). Por medio de estos dos componentes Dworkin se asegura de que solo la suerte opcional, es decir la responsabilidad de las personas, sea la causante de desigualdades en la distribución de bienes. Así, por ejemplo, dadas dos personas que parten de los mismos recursos y con un sistema de seguros que cubren cualquier evento arbitrario, si la primera decide dedicar la mayoría de su tiempo al ocio y la segunda al trabajo, las desigualdades que estas actitudes producen son totalmente justificadas ya que son fruto de la elección personal y por lo tanto las personas deben hacerse responsables.

Es necesario aclarar que la defensa que hace Dworkin del mercado como herramienta para alcanzar la igualdad es totalmente distinta a la que defienden los libertaristas. Es central comprender que Dworkin defiende el uso del mercado de forma hipotética para orientar las políticas de redistribución. Aunque defiende la economía capitalista, él está explícitamente en contra del libre mercado por dos razones: a) la primera es que los mercados reales están a menudo corrompidos (con la existencia de monopolios y externalidades) y no reflejan los verdaderos costos de oportunidad de los recursos; y b) los mercados premian circunstancias totalmente arbitrarias desde el punto de vista moral, como lo es la distribución de talentos naturales o de la mala suerte bruta en general (Dworkin, 2014:434-435).

La aplicación que realiza Dworkin de este modelo en el sistema de protección de salud puede ser muy esclarecedora. Dworkin defiende que, aunque la salud es algo muy importante, no es lógico dedicarle todos los recursos y propone su modelo como una forma de limitar el gasto en salud de manera razonable. La salud entraría dentro de lo que él expone como el mercado hipotético de seguros que se realiza ex ante al igual que la hipotética subasta, pero con condiciones de información especiales. Estas condiciones son: a) se asume que las condiciones de salud en la posición inicial son similares; b) el

conocimiento existente sobre la disponibilidad, el coste y las consecuencias de los distintos procedimientos médicos es compartido por todos; c) no existe información sobre la probabilidad de que una persona en particular se enferme o tenga un accidente (Gough, 2006).

Las decisiones racionales que tomen las personas acerca de cuánto de sus recursos gastarían a la hora de adquirir un seguro en salud bajo estas condiciones hipotéticas, según Dworkin, pueden informar las políticas de distribución mediante impuestos que se deberían llevar a cabo.

Autores como Dworkin y Segall están dentro de esta corriente y proponen un “igualitarismo de la suerte” en el que sólo las desigualdades en salud provocadas por la “suerte bruta” serían objeto de redistribución de recursos (Dieterlen, 2015:111-113). Esta afirmación tiene un gran impacto sobre las políticas de salud pública actuales, ya que no tendrían sentido, desde el punto de vista de la justicia, todos los programas de apoyo a fumadores, debido a que esas consecuencias sobre su salud entrarían dentro de la categoría de “suerte opcional”, es decir, son producidas por la decisión personal de consumir tabaco. Esto es lo que se llama la objeción del “abandono”, la cual es replicada por Segall argumentando que es posible la defensa de un sistema de salud universal e incondicional desde el igualitarismo de la suerte, pero basado en una pluralidad de valores, no solo la justicia, sino también, por ejemplo, la solidaridad (Dieterlen, 2015).

Como se ha mencionado anteriormente, el liberalismo igualitario, es la escuela hegemónica debido a su gran producción y multitud de autores. Este acercamiento ha procurado, por razones de espacio, exponer a dos de sus mayores exponentes de manera sucinta.

A continuación, se expondrán una serie de escuelas en las que, en la mayoría de los casos, se parte del análisis del liberalismo igualitario, ya sea para criticarlo o complementarlos como en el caso de algunos autores comunitaristas.

3. Comunitarismo

La ética comunitarista conforma una gran variedad de perspectivas, incluso mayor que el utilitarismo, tanto así, que es más apropiado hablar de éticas comunitaristas. Ejemplos de éticas comunitaristas son las de los filósofos griegos (Platón y Aristóteles), algunos dirigentes religiosos y en muchas corrientes de pensamiento no occidental tales como el neo-confucianismo (Roberts y Reich, 2002). En parte, todas las escuelas comunitaristas

son una respuesta al individualismo de otras posturas éticas tales como el utilitarismo y el liberalismo en todas sus variantes. Los autores comunitaristas exponen que no se puede aislar las preferencias o elecciones individuales, sino que es imprescindible tener en cuenta la comunidad en la que se forman. No existe pues para los comunitaristas la idea del individuo libre tomador de decisiones de manera racional, sino que los individuos forman parte también de identidades en las cuales las normas y costumbres imbricadas en las familias, barrios o naciones, es decir en la comunidad, tienen un peso muy importante a la hora de la toma de decisiones. Incluso algunos comunitaristas como Taylor expondrán que la comunidad es una precondition para la autonomía moral (Shickle et al., 2007; Petrini, 2010).

Hay una versión del comunitarismo llamada universalista en el cual se sostiene la existencia de una verdad única y común a toda sociedad humana buena, el ejemplo en salud pública sería la creencia de que ciertos comportamientos tales como no fumar en público o la vacunación de la viruela, deberían ser promocionados de forma universal (Roberts y Reich, 2002), pero la dificultad, y el origen de tanta variedad en las posturas comunitaristas, está en ponerse de acuerdo en qué verdades morales universales son las correctas y sobre todo cómo enfrentarse al hecho de que otras personas posean una creencia diferente sobre la verdad moral universal. Por lo tanto, existirían tantas teorías de la justicia como posiciones sobre cuál es la verdad moral última.

Por otro lado, están los comunitaristas relativistas argumentando que toda verdad moral es dependiente del contexto social en que se halla. Esta postura soluciona el problema de cómo enfrentarse a personas o comunidades que poseen creencias en verdades morales totalmente distintas argumentando que hay que respetar cada tradición cultural de las distintas sociedades ya que todas tienen el mismo valor (Roberts y Reich, 2002; Petrini, 2010). Uno de los grandes problemas de esta línea de pensamiento en ética es que con este relativismo moral cabe la posibilidad de aceptar prácticas en salud que atentan contra los derechos más básicos de las personas, como por ejemplo la ablación genital en algunos países de África. El comunitarismo relativista podría aceptar en principio cualquier práctica mientras ésta esté imbricada en las tradiciones de una sociedad o comunidad, y esto en salud a veces es inaceptable.

Existen otras corrientes de pensamiento dentro de la etiqueta de éticas comunitaristas que evaden en cierto modo esta clasificación. Un gran ejemplo de este tipo de pensamiento es el de Michael Sandel. Este autor critica los planteamientos liberales

principalmente en dos ejes: el concepto de individuo y la separación de la justicia y del bien. A continuación, se van a bosquejar ambas críticas.

El concepto de individuo del liberalismo puede variar desde una postura de atomizadora del individualismo ontológico⁴, como por ejemplo en algunas posturas libertaristas, pasando por un individualismo metodológico⁵, hasta un individualismo ético⁶ en el que por ejemplo se encuentra Amartya Sen. Sin embargo, Sandel defiende la concepción narrativa del individuo⁷. Esta concepción defiende que el individuo no ejerce su voluntad en un vacío, como proponen algunos autores contractualistas como Rawls. Sin embargo, la concepción narrativa define a las personas “como seres que cuentan historias” (Sandel, 2011:140). Los seres humanos nos encontramos inmersos en narrativas en las que muchos elementos nos vienen dados y es desde esas narrativas donde ejercemos nuestra voluntad: “sólo puedo contestar a la pregunta ¿qué voy a hacer? si puedo contestar a la pregunta previa ¿de qué historia o historias me encuentro formando parte?” (MacIntyre, 1982:322). Esta concepción, aunque teleológica, deja cabida a la impredecibilidad, es decir niega el determinismo social, que no la determinación. Por lo tanto, “la reflexión moral está ligada a la adscripción y a ser parte de algo” (Sandel, 2011:141)

Sandel continúa con su crítica, sobre la exclusión de la “vida buena” de la política propiciada por el liberalismo, resaltando otra contradicción. La democracia procedimental liberal crea un “yo desvinculado” que, entre otras cosas, implica una erosión de las comunidades intermedias entre el individuo y el Estado, cediendo la defensa de estas comunidades intermedias al conservadurismo más fundamentalista. Ese “yo desvinculado” cada vez participa menos en proyectos comunes y se interesa menos por el bien común, erosionando virtudes cívicas de las cuales depende, como por ejemplo la participación política: “¿De qué modo nos ayuda el proyecto liberal —y su fracaso— a entender nuestra vida pública y las dificultades que atraviesa? (Sandel, 2008:201).

Por estas y otras razones Sandel enmarca parte de su pensamiento en el republicanismo que defiende un Estado que promueve las virtudes cívicas y el bien común. Otros autores, como Jennings, han llevado estas ideas republicanistas a la arena de la salud pública, defendiendo la idea de que el principio de daño liberal es insuficiente para justificar las acciones en salud pública y que se necesita incorporar el bien común. Jennings considera

⁴ Para el individualismo ontológico solo existirían personas.

⁵ Para el individualismo metodológico todo se explica a partir del individuo.

⁶ El individualismo ético postula que son los individuos las unidades últimas de preocupación moral.

⁷ Propuesta anteriormente por Alasdair MacIntyre en su libro “Tras la virtud” de 1981.

que lo “público” de la salud pública se define mejor desde una postura republicanista⁸ ya que la concepción liberal como agregado de individuos ignora que los individuos están entrelazados a través de complicados sistemas institucionales y culturales que presentan propiedades que no poseen los individuos (Jennings, 2007). Este autor argumenta que el republicanismo es la teoría ética idónea para la salud pública ya que esta última debe:

“[...] identificar e interpretar para la sociedad cambios en los patrones de las enfermedades y del riesgo que no son analíticamente reducibles al comportamiento individual, sino que tienen propiedades sistémicas que proceden de las estructuras de relaciones interpersonales. [...] Además del lenguaje liberal de los derechos, intereses y utilidades, la ética de la salud pública necesita el vocabulario de la solidaridad, mutualidad, interdependencia, justicia social, comunidad y el bien común (Jennings, 2007).

4. Ética marxista

La interpretación ortodoxa del marxismo está compuesta principalmente por dos teorías: el materialismo dialectico y el materialismo histórico. Ninguna de las dos tiene pretensiones éticas. De hecho, en algunos pasajes de la obra de Marx puede apreciarse un cierto rechazo al pensamiento ético que ha sido ampliamente criticado por muchos autores que defendían que Marx simplemente se desentendía de las cuestiones de la justicia, porque pensaba que con la llegada del comunismo iban a desaparecer (Gargarella, 1999:105). Sin embargo, tal y como plantean Arnsperger y Van Parijs (2002:62), otras partes de la obra de Marx y de la tradición intelectual marxista, así como los movimientos sociales y políticos inspirados en ella, se pueden concebir como la lucha por una sociedad más justa y éticamente superior al capitalismo. De este modo, el marxismo se puede entender como un reclamo moral, en palabras de Geras:

“Primero, [...] al caracterizar la explotación como un robo, Marx estaba impugnando la justicia de ello. En segundo lugar, califico este reclamo a la luz de su propia negación de una crítica del capitalismo en nombre de la justicia. En tercer lugar, sostengo que [...] en el centro de su misma crítica en nombre de [...] otros

⁸ El republicanismo o republicanismo cívico es distinto a los que se entiende por republicanismo en el contexto político estadounidense. Se entiende por republicanismo, grosso modo, la teoría política que defiende la noción de libertad sin mantener la definición atomista del individuo, en una cultura política patriótica de servicio cívico y responsabilidad (Jennings, 2007).

valores, [hay] una preocupación por la justicia distributiva. (Geras 1985, 65 citado en Fainstein, 2010).

La tradición marxista se puede interpretar como una propuesta radicalmente igualitaria de la justicia social (Arnsperger y Van Parijs, 2002:59).

Son los autores constituidos bajo el impulso del “Grupo de Septiembre”, liderados por Gerald A. Cohen⁹, los que más hincapié han hecho por tratar temas éticos desde el llamado marxismo analítico. Este marxismo trata de analizar las ideas marxistas usando una metodología propia de la filosofía analítica o de la economía matemática (Arnsperger y Van Parijs, 2002:61). Como dice el propio Elster (1991 citado en Gargarella, 1999:101): “para saber si una persona puede o no ser caracterizada como un marxista analítico [debe verse] su disposición a abandonar las concepciones marxistas en caso de haber conflicto entre [tales concepciones] y un argumento empírico o lógico”.

Los autores del marxismo analítico huyen del dogmatismo y analizan lo que anteriormente se pensaba que no era necesario analizar: la superioridad de una sociedad socialista igualitaria. En su camino analizan qué tipos de argumentos éticos están detrás de la condena a la explotación, la teoría de la elección racional, los principios normativos compatibles con los fundamentos clásicos del marxismo, sobre la revolución, etc.

Uno de los rasgos comunes es el individualismo metodológico, razón por la cual no está incluida esta corriente dentro del comunitarismo a pesar de su histórico análisis de clases sociales.

Una de las ideas fundamentales del pensamiento ético generado por el marxismo analítico es la idea de autorrealización. Esta autorrealización huye de la idea de “completitud” (pretender actualizar todas las potenciales habilidades individuales) y de “perfeccionismo” (la obligación de desarrollar esas habilidades al máximo). Por lo tanto, se construye de una forma similar a la autonomía del liberalismo igualitario. La autorrealización se definiría como el libre desarrollo de (algunas) capacidades individuales (Gargarella, 1999:107-108).

⁹ Además de Gerald Cohen este grupo estaba formado por autores como Jon Elster, Adam Przeworski, John Roemer, Robert Brenner, Philippe Van Parijs, Robert Van der Veen, Pranab Bardham, Hillel Steiner, Sam Bowles y Erik Olin Wright (Gargarella,

Es notable el impacto de la obra de Rawls en algunos de los autores del marxismo analítico. En particular, Gerald A. Cohen dedica mucho espacio en sus análisis para criticar y construir a partir de la obra de Rawls.

En su libro “Rescatando a la justicia y a la equidad” Cohen critica, entre otras cosas, el principio de diferencia de Rawls, exponiendo que puede ser un principio de estrategia política permitir desigualdades de ingreso y riqueza para incentivar a los más dotados a que produzcan más para beneficiar a las personas más desfavorecidas con respecto a una situación de total igualdad, pero nunca será un principio de justicia, ya que esto supone caer en una especie de soborno protagonizado por las personas más aptas, que pudiendo producir más para un reparto igualitario en la sociedad, no lo hacen si no obtienen mayor riqueza.

“A pesar de todo lo que muestra el argumento de Pareto, la desviación de la igualdad solo es necesaria si y porque el comportamiento de las personas con talento viola las exigencias de la concepción de la justicia que proporciona las bases para comenzar con la igualdad” (Cohen, 2008:115).

Para Cohen la situación de igualdad no puede ser modificada por debido a talentos o factores arbitrarios desde el punto moral. Solo el esfuerzo y diferencias basadas en elecciones personales justifican desviaciones de la igualdad de bienes primarios. Este pensamiento lo posiciona muy cerca del igualitarismo de la suerte.

5. Ética de la liberación

La ética de la liberación de Dussel tiene como marco ideológico a la teoría de la liberación de América Latina, que tiene como origen la reflexión sobre la opresión de la realidad social, histórica, cultural, económica y política de América Latina (Urquijo Angarita, 2008:236).

El desarrollo del pensamiento ético de Dussel se lleva a cabo en dos grandes momentos. Un primer momento por medio de obras como *Para una ética de la liberación latinoamericana Vol. I-II* (1973) y los volúmenes de *Filosofía ética latinoamericana Vol. III-V* (1977, 1979, 1980), en los que interpreta a autores como Hegel, Marx, Husserl, Heidegger y Levinas; que le permite indagar en la praxis de liberación de la mujer y pedagógica (Urquijo Angarita, 2008:240-241).

Y un segundo momento, con obras como su último libro “14 tesis de ética. Hacia la esencia del pensamiento crítico” (2016), donde establece un diálogo con otros autores como Apel y Habermas.

Haciendo un resumen, del todo injusta, de la propuesta de Dussel, podemos decir que propone una ética basada en tres grandes principios:

- 1) El primero es el principio ético formal. “Obra de tal manera que los actos y las instituciones sean decididos teniendo siempre como supuesto la participación simétrica de los afectados a fin de alcanzar un consenso compartido por toda la comunidad, mediante un debate donde se presenten argumentos racionales, sin violencia” (Dussel, 2016:84).
- 2) El segundo sería el principio ético material: “El que actúa moral (o éticamente) debe producir, reproducir y aumentar responsablemente la vida concreta de cada singular humano, de cada comunidad a la que pertenezca, que inevitablemente es una vida cultural e histórica, desde una comprensión de la felicidad que se comparte pulsional y solidariamente, teniendo en cuenta como referencia última a toda la humanidad, a toda la vida en el planeta Tierra” (Dussel, 2016:69).
- 3) El tercero es el principio ético de factibilidad. “Tiene pretensión de bondad todo acto humano o institución comunitaria si, y solo si, además de la afirmación de la vida (segundo principio) y por acuerdo de los afectados (primer principio), son empíricamente posibles según los diversos campos y sistemas que entren en su efectucción concreta” (Dussel, 2016:97).

Este último principio se refiere a la razón instrumental, anteriormente mencionada, pero evita la crítica de Cortina u otros pensadores de la ética discursiva, anteponiendo los otros dos principios éticos. Nunca la razón instrumental puede anteponerse a criterios éticos ya sean formales o materiales.

Dussel ha expresado algunas compatibilidades con el enfoque de capacidades, como el hecho de poner en el centro del debate las libertades de bienestar y de agencia y su preocupación por la pobreza. Pero también ha criticado este enfoque por, entre otras cosas, “carecer de un principio ético material universal de mayor profundidad y amplitud” y por no indicar las causas de la pobreza (entre otras cosas) (Urquijo Angarita, 2008:244-251).

Enfoque de capacidades

El enfoque de capacidades fue creado por el premio nobel de economía Amartya Sen, pero ha sido desarrollado en múltiples direcciones por muchos autores de distintas escuelas. Este enfoque sin duda bebe de la obra de Rawls, la cual cita numerosas veces y se construye como una crítica a este modelo y a la escuela utilitarista. Es una propuesta que, si bien puede clasificarse como liberal heterodoxa en muchos aspectos, se va a considerar fuera de estas escuelas ya que, primero no es una teoría de la justicia como tal; y segundo, debido a su carácter inacabado ha sido utilizada tanto por escuelas liberales como comunitaristas.

El enfoque de capacidades puede entenderse de dos formas, la primera sería la visión estrecha donde este enfoque indica solo una medida, distinta a los recursos, en la que se deben hacer las comparaciones con respecto al bienestar de una persona, o de una sociedad con respecto al desarrollo. La visión amplia, por otro lado, se muestra como un distinto enfoque de la justicia, un marco normativo diferente, un enfoque evaluativo del diseño de las políticas y propuestas de cambio social que replazaría los actuales estudios de costo-beneficio, que combina tanto las referencias objetivas como preferencias individuales de lo que cada uno tiene razón para valorar (Dubois Migoya, 2012).

El enfoque de capacidades ha sido utilizado como fundamentación para el paradigma de desarrollo humano lanzado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Ha sido utilizado para definir los “Objetivos de Desarrollo del Milenio” y ha sido acogido por múltiples asociaciones civiles dedicadas al desarrollo. Uno de los grandes logros de este enfoque de capacidades es que ha reemplazado el uso de los recursos, en concreto del Producto Nacional Bruto (PNB) como métrica del desarrollo, desarrollando índices multidimensionales que evita las simplificaciones y contradicciones del mencionado indicador de desarrollo (Deneulin, 2014).

Una de las diferencias básicas de este enfoque con respecto al liberalismo igualitario y otras escuelas éticas es que no se basa en el contrato social, sino en la teoría smithiana del “observador imparcial”. Sen critica el contractualismo exponiendo que no hace falta convocar los hipotéticos beneficios mutuos que se originan en la idea de un contrato ficticio para la cooperación, sino que se basa en el argumento “según el cual, si alguien tiene el poder de hacer la diferencia para reducir la injusticia en el mundo, entonces hay un fuerte y razonado argumento para hacer justamente eso” (Sen, 2010:301). Por lo tanto, Sen, se distancia de lo que él llama los “institucionalistas trascendentales” que tratan de

definir las instituciones justas (como por ejemplo Kant o Rawls), para situarse en la línea de autores como Adam Smith, Marx o Condorcet, que tienen un enfoque más comparativo y que no se limita a la justicia al campo institucional, sino que abarca también el comportamiento de las personas (Sen, 2010:38).

Para entender el enfoque de capacidades hay que definir conceptos y saber de dónde provienen. Amartya Sen (2014:284-286) critica la propuesta de Rawls ya que, desde su punto de vista, la igualdad que defiende se dirige a personas homogéneas, y no toma en cuenta que las personas tienen necesidades distintas y factores de conversión (de los bienes primarios a libertades reales) totalmente distintos según sus heterogeneidades personales (estado de salud, longevidad, etc.), diversidad en el ambiente físico (condiciones climáticas, inundaciones, etc.), variaciones en el clima social (por ejemplo, existencia de servicios públicos o no) y diferencias en perspectivas relacionales (estándares de vestimenta, etc.). Todas estas diferencias quedan fuera de su teoría de la justicia.

Resumiendo, la teoría de la justicia de Rawls se refiere sólo a los bienes primarios (los cuales son meros medios generales de usos múltiples) y no al conjunto de capacidades básicas que le permitan al individuo realmente elegir en libertad y participar en la vida social de una comunidad para construir su propio destino. Por ejemplo, una persona en silla de ruedas tendrá más dificultades en realizar un bien primario como la libertad de movimiento que otra persona con sus capacidades motoras intactas (Dieterlen, 2015:46). Según Sen, se deben prefigurar condiciones externas para que el sujeto desarrolle su autodeterminación (Trejo y Jones, 1993:43-44). Por lo tanto, Sen expone que la libertad se refiere a oportunidades (pero no sólo como la posibilidad de obtener lo mejor dentro de una gama de alternativas, sino también al espectro de oportunidades ofrecidas) y a los procesos. De ahí que proponga que el criterio de distribución correcto debería de ser las capacidades ya que éstas no dejan de lado las características, el funcionamiento y la utilidad de los bienes primarios (Dieterlen, 2015:49).

La capacidad, según Sen (2010:317), es pues un aspecto de la libertad, y se centra en las oportunidades sustantivas, son las oportunidades para elegir y llevar una u otra clase de vida (Cejudo Córdoba, 2007). El concepto complementario son los funcionamientos, que se definen como “acciones y estados de una persona” (Reyes Morell, 2008). “Vivir -según Sen- es un conjunto de funcionamientos interrelacionados” (Sen, 1992: 39 citado en Cejudo Córdoba, 2007). Otro concepto clave en este enfoque es el de agencia, que define

como la habilidad de una persona para perseguir las metas y valores que tiene razones para procurarse (Toboso Martín y Arnau Ripollés, 2008). En esta definición es clave la parte final donde explicita la necesidad de una reflexión crítica en la agencia. Por consiguiente, es clave que exista evaluación crítica minuciosa de las metas y valores que se persigan, así como de la idea de bien que las justifique para que se pueda hablar del concepto de agencia. Por ejemplo, una persona que decida como meta embriagarse y manejar un automóvil difícilmente se puede decir que está utilizando su agencia de una manera reflexiva y acorde con una idea de bien.

Esta faceta de la libertad, la agencia, distancia aún más a Sen de los utilitaristas subjetivos o bienestaristas, ya que la agencia, aunque puede estar relacionada con el bienestar, no tiene por qué perseguir bienestar. Esta noción asume que las personas no son meros buscadores de bienestar, sino que pueden tener razones para buscar metas en sus vidas que vayan incluso en contra del bienestar. Un ejemplo de este último caso pueden ser las huelgas de hambre realizadas para conseguir metas políticas.

Con la agencia, el enfoque de capacidades se aleja del homo economicus liberal que reduce al ser humano como un maximizador de la utilizar mediante la razón. Sen (2010:219-221) critica la Teoría de Elección Racional (TER) liberal porque, esta reduce el comportamiento humano a la mera búsqueda del interés propio. Tal y como lo expresa uno de sus grandes exponentes: “Todo comportamiento humano implica participantes que (1) maximizan su utilidad, (2) forman un conjunto estable de preferencias y (3) acumulan una cantidad óptima de información y otros insumos en una variedad de mercados» (Becker, 2013 citado en Sen, 2010:220). Por lo tanto, según esta escuela de pensamiento, actuar sin tratar de maximizar el bienestar propio es actuar de manera no racional.

Sen argumenta que esta manera de pensar deja muchos comportamientos humanos fuera de la racionalidad, parece algo con bastante poder intuitivo pensar que las personas tienen razones para buscar algo más que su propio bienestar, por ejemplo, algunas motivaciones basadas en la humanidad, la justicia, la generosidad o el espíritu público pueden ser muy racionales. Subsecuentemente, el comportamiento humano puede ser motivado, según Sen, de tres formas distintas: a) por medio del interés propio (tal y como defiende la Teoría de Elección Racional); b) por la simpatía, definida como “la afectación del bienestar de una persona por la posición de otros” por ejemplo, una persona puede sentirse mal al contemplar una injusticia y actuar para sentirse bien; y c) por compromiso,

que se define por una ruptura con la búsqueda de bienestar propio en la motivación de la acción, por ejemplo cuando una persona quiere luchar contra alguna injusticia aunque eso sea negativo para su bienestar (Sen, 2010:219:221).

Las dos primeras motivaciones, interés propio y simpatía son fácilmente asimilables por la TER, pero, sin embargo, el compromiso supone un alejamiento por el cual, entre otras razones, se considerará a Sen como un liberal heterodoxo. Por supuesto las tres motivaciones para la acción pueden darse de manera combinada, y no es raro que el compromiso venga acompañado de simpatía (o antipatía).

Como se ha podido observar por medio de las definiciones de capacidades, funcionamientos y agencia, existe una interrelación clara entre todos ellos. Sen presenta estas relaciones dividiendo en cuatro las dimensiones de información en el enfoque de capacidades: libertad de bienestar, logro de bienestar, libertad de agencia y, por último, logro de agencia

Otra dimensión importante del enfoque de capacidades es la que divide las capacidades tanto de bienestar como de agencia en dos: a) los funcionamientos con control directo (libertades de control); y b) las libertades efectivas. En las primeras las personas manejan el proceso de elección, mientras que en las libertades efectivas lo que importa es la libertad para conseguir un resultado u otro independiente de quien lleve las riendas de los procesos (Urquijo Angarita, 2008:84:88). Un ejemplo de las diferencias entre estas dos dimensiones es el que nos proporciona Reyes Morell (2008) con el derecho de autodeterminación. Cuando una persona de un territorio obtiene la autodeterminación consigue un logro de agencia que, en el caso de que no haya participado en el proceso de autodeterminación, será de poder efectivo.

Tal y como expresa Adela Cortina, el enfoque de capacidades de Sen no se propone configurar una teoría ética formal, no da cuenta de los distintos aspectos del fenómeno moral, tales como sus dimensiones personal o social, la configuración de principios, el diseño de normas y virtudes ni del sentido de la vida (Cortina, 2002:203). Como se ha mencionado anteriormente, el enfoque de capacidades de Sen se muestra como una teoría de la justicia incompleta. Una de las características que producen esta incompletitud es que Sen se ha negado a establecer una lista de capacidades básicas en las que fijar la igualdad. Su postura es que ese listado debe de producirse mediante la deliberación pública y propone la ética del discurso de Habermas como modelo para caracterizar el proceso y el resultado de esa deliberación pública: "Habermas ha hecho

una contribución verdaderamente definitiva al aclarar el amplio alcance del razonamiento público” (Sen, 2010:355).

Capacidades colectivas

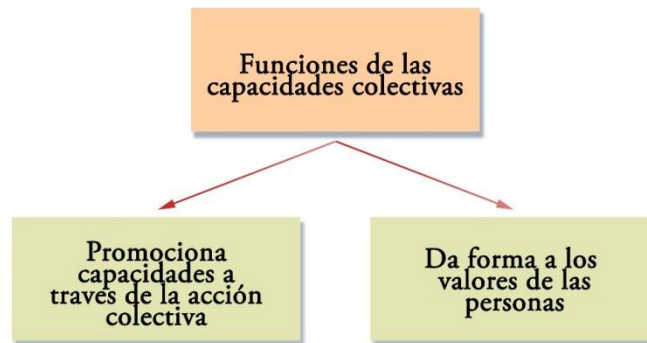
Existe otra corriente dentro del comunitarismo que está basada en el enfoque de capacidades de Amartya Sen y que también defiende conceptos como el de bien común, esta escuela defiende la existencia y la importancia de las capacidades colectivas. Cada vez más autores como Dubois Migoya (2008) piensan en la importancia de complementar el enfoque de Sen con la dimensión colectiva o social.

Uno de los primeros autores en proponer las capacidades colectivas fue Evans (2002), resaltando el carácter crítico de estas: “Reflexionar sobre las cuestiones de las capacidades colectivas y la cultura hace que el enfoque de la capacidad sea mucho más amenazante para los "guardianes de la élite de la tradición" como el Wall Street Journal”.

Como se ha mencionado anteriormente, Sen no es un liberal individualista ontológico, ni siquiera metodológico; para Sen son muy importantes las instituciones y las demás estructuras sociales a la hora de entender las capacidades. Pero estas estructuras sociales son entendidas desde su valor instrumental a la hora de calcular el bienestar y la libertad humana; los autores comunitaristas defenderán que estas estructuras sociales tienen además un valor intrínseco (Ibrahim, 2013). Otra razón para incluir las estructuras sociales en la evaluación de la libertad es que la agencia, concepto central en la teoría de Sen, no es una tabula rasa, sino que está influenciada y desarrollada a través de las estructuras sociales o “estructuras de convivencia”. Esto hace necesario evaluar las estructuras que influyen la agencia y la formación de objetivos. Deneulin (2011) expone que las decisiones en políticas públicas son el resultado de relaciones de poder entre grupos, ya sean partidos políticos, movimientos sociales, organismos internacionales, organismos de la sociedad civil, corporaciones globales, compañías o asociaciones de negocios.

Las capacidades colectivas “son las generadas a través del compromiso que las personas asumen en la acción colectiva o en su pertenencia a una red social que sirve de ayuda para conseguir el tipo de vida que consideran valiosa” (Dubois Migoya, 2008). Esta acción colectiva es un concepto clave para entender las capacidades colectivas, ya que estas son requeridas “para crear las colectividades que, a su vez, permiten fomentar las libertades individuales y colectivas al establecer el vínculo entre el individuo y el nivel social” (Pelenc et al., 2015).

Figura 2. Capacidades colectivas (Pelenc et al., 2015).

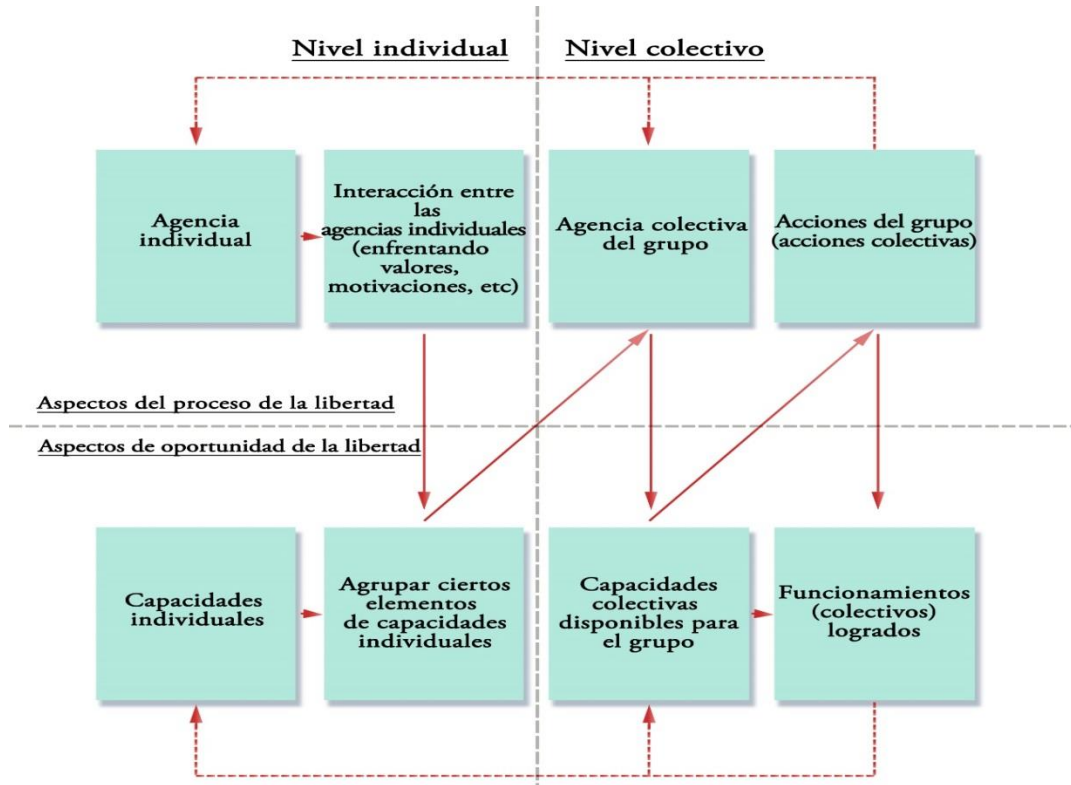


Tal y como lo argumenta Dubois Migoya (2008), el desarrollo humano no se puede ver como el resultado de esfuerzos individuales únicamente, ni siquiera en su mayoría, sino que es fruto de la acción en el marco de estructuras sociales. Es importante aclarar que ambas dimensiones se articulan de manera dialéctica, influenciándose una a otra y actuando como sistemas complejos:

” [...] se parte de un enfoque que considera las organizaciones humanas, las sociedades y los sistemas de mercado como sistemas adaptativos complejos, en cuanto que suponen una red dinámica de muchos agentes que actúan en paralelo, actuando y reaccionando constantemente; donde el sistema está evolucionando constantemente en respuesta a los cambios tanto de las condiciones externas como internas” (Dubois Migoya, 2012).

Pelenc et al. (2015) proponen una explicación de cómo estas dos dimensiones, la individual y la social, podrían estar funcionando e interactuando. Es por medio de la agencia individual, a través de la interacción y la discusión pública, que llega a construirse la agencia colectiva. En este proceso se usan dos tipos de elementos: a) la agrupación de ciertas capacidades individuales (bases materiales); y b) las bases intangibles construidas mediante el proceso de interacción entre las agencias individuales. Una vez construida la agencia colectiva, si es que se produce, ésta puede producir acciones colectivas que lleven a la obtención de capacidades colectivas y sus correspondientes funcionamientos colectivos que, a su vez, interaccionan con las capacidades y funcionamientos individuales (ver figura 3).

Figura 3. Articulación entre capacidades colectivas e individuales (Pelenc et al., 2015)



De este modo se llegaría a la creación de bienes públicos o colectivos, definidos como los bienes que no pueden construirse ni elegirse por las personas individualmente, existen a través de la interacción compartida con valor intrínseco y no solo instrumental (Dubois Migoya, 2008). Ejemplos es estos bienes colectivos pueden ser una orquesta interpretando, una celebración familiar, un paseo con un amigo, etc. Sin embargo, los bienes públicos son más estructurales y afectan a toda la comunidad, como pueden ser la protección del medio ambiente, higiene y saneamiento (Dubois Migoya, 2008; Gostin, 2003).

Las capacidades colectivas has sido desarrolladas teóricamente en el ámbito del desarrollo, por lo que se ha insistido en que para que estas capacidades signifiquen realmente un incremento en la libertad de los individuos tienen que cumplir una serie de características:

“[...] las capacidades colectivas deben estar orientadas a los agentes, ser libres, voluntarias y empoderantes por naturaleza y deben generar beneficios para el

individuo y la colectividad en general; además de afectar las percepciones individuales de sí mismo y su sentido de responsabilidad hacia los demás” (Ibrahim, 2013).

A pesar de esto parece claro que no todas las capacidades colectivas son positivas para la justicia, de hecho, puede ser común que estas capacidades traigan consigo ciertos perjuicios o heterogeneidades. Por esta razón se puede trasladar el análisis que hace Nussbaum de las capacidades individuales a las capacidades colectivas. No todas las libertades o capacidades son positivas, algunas de ellas son negativas por definición, por ejemplo, como se ha dicho anteriormente, para alcanzar la equidad de género es preciso coartar libertades a los hombres (Nussbaum, 2003). Ibrahim (2013) resume los posibles impactos negativos de las capacidades colectivas:

“(1) el posible impacto negativo de la afiliación grupal; (2) las limitaciones en la formación grupal entre los pobres y (3) la naturaleza excluyente de algunos grupos”.

A pesar de esto, no parece congruente dejar de lado el estudio de las capacidades colectivas, sino todo lo contrario, habrá que analizar qué capacidades colectivas se deben promocionar y cuales desincentivar para alcanzar mayor justicia social. Por lo tanto, el enfoque de capacidades debe ser complementado con un “[...] análisis de la dinámica de la formación de valores, de los diferentes grupos que configuran estos valores, del grado de poder que gobiernan y su consiguiente influencia en la política” (Deneulin, 2011).

Una de las ventajas de este enfoque es el gran desarrollo, aunque quizás no suficiente, de sus categorías a través, por ejemplo, de la Economía Social Solidaria (ESS)¹⁰. Uno de los primeros agentes en utilizar este enfoque de las capacidades colectivas ha sido el PNUD, dividiéndolas en dos tipos: a) capacidades técnicas, que son definidas como las capacidades colectivas fundamentales para una determinada actividad pero que pueden ser irrelevantes para otras de otro sector; y b) capacidades funcionales transversales, que son aquellas que se encuentran en cualquier colectividad, sea pública o privada, y que son básicas y necesarias para llevar a cabo las capacidades técnicas (Dubois Migoya, 2012).

¹⁰ La ESS es la rama de la economía “que trata de dar respuesta y posicionarse sobre: i) la revisión del modelo de crecimiento y el replanteamiento del bienestar posible; ii) la determinación del referente normativo; iii) cómo enfrentar los retos de un escenario de procesos económicos marcado por la complejidad y la incertidumbre. [...] No sólo cuestiona el mal funcionamiento de los mercados, por no ser eficaces en la asignación eficiente de los recursos, sino que son crecientes las consideraciones sobre la injusticia de su actuación y la necesidad de modelarlos desde referencias éticas” (Dubois Migoya, 2012).

Asimismo, hay varios autores que desarrollan estas capacidades funcionales transversales. A modo de ejemplo y para aclarar qué son las capacidades colectivas y las implicaciones que tienen a la hora de valorar la justicia social se presenta la figura 4.

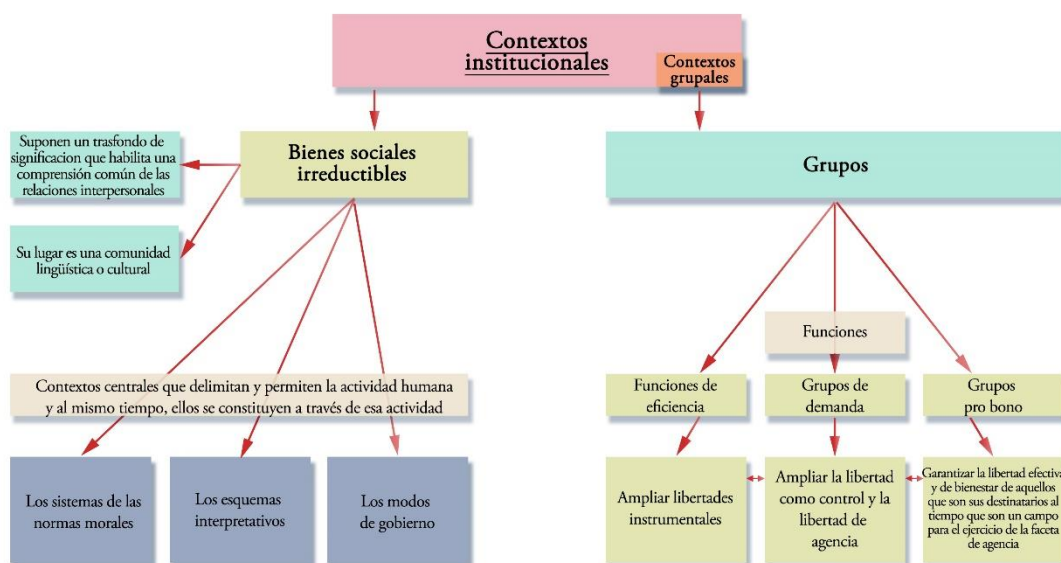
Figura 4. Capacidades funcionales transversales

Capacidades funcionales transversales según el PNUD	Capacidades funcionales transversales según Woodhill	Capacidades funcionales transversales según Baser y Morgan
<ul style="list-style-type: none"> ■ Capacidad de emprender un dialogo entre todas las partes interesadas ■ Capacidad de analizar una situación y crear una visión ■ Capacidad de formular políticas y estrategias ■ Capacidad de presupuestar, gestionar e implementar ■ Capacidad de controlar y evaluar 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formular y entender los desafíos de la sostenibilidad medioambiental y de la justicia social ■ Gobernar un mundo global altamente complejo cuando se enfrentan riesgos de colapso medioambiental, violencia y terror provocados por inequidades, pobreza o competencia sobre recursos escasos ■ Dirigir la innovación tecnológica hacia los desafíos de nuestro tiempo ■ Conducir los cambios institucionales, rápidos y fundamentales, que necesitan las comunidades y sociedades para ser más sensibles y resilientes a los problemas que enfrentan ■ Poner en marcha nuevas dinámicas de compromiso entre la ciudadanía, sus líderes, empresas, gobierno y sociedad civil 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Compromiso y atracción ■ Realizar tareas o funciones logísticas, ofrecer servicios y técnicas ■ Relacionarse y conseguir apoyos y recursos ■ Adaptarse y renovarse ■ Equilibrar coherencia con diversidad

Fuente: elaboración propia, a partir de Dubois Migoya (2012).

Fuera del contexto de la ESS ha habido propuestas que también tienen como objetivo profundizar la idea de capacidades colectivas. Charles Gore, Frances Stewart, Peter Evans y Michael Walzer dividen los contextos colectivos en dos grandes categorías: a) los contextos institucionales, de los que se derivan los “bienes sociales irreductibles” tales como los sistemas de normas morales, los esquemas interpretativos o los modos de gobierno; y b) los contextos grupales, que se encuentran subsumidos en los contextos institucionales y que, por medio de tres distintas funciones, sirven de vínculo necesario entre el individuo y el contexto social o institucional (Reyes Morel, 2008) (ver figura 5).

Figura 5. Contextos colectivos



Fuente: Elaboración propia a partir de Reyes Morell, (2008)

Resumiendo, el enfoque de capacidades debe introducir una cierta noción de capacidad colectiva como forma de generar una guía normativa suficiente para eliminar restricciones y transformar estructuras sociales (Reyes Morell, 2008).

Perspectiva de Derechos y dimensiones de la Justicia

Para evitar un retroceso en derechos humanos propiciado por una mayoría coyuntural la SC ha propuesto un mecanismo basado en la teoría de los derechos fundamentales de Ferrajoli, el llamado constitucionalismo rígido.

Ferrajoli, a diferencia de Sen (2010: 397) que define a los derechos humanos por su contenido como reivindicaciones morales, los define por su forma e incluyéndolos dentro de los derechos fundamentales:

“[derechos fundamentales son] todos aquellos derechos subjetivos que corresponden [...] a todas las personas físicas en cuanto tales, en cuanto ciudadanos o en cuanto capaces de obrar (Ferrajoli, 2006 citado en López Arellano et al., 2015).

Los derechos humanos dentro de ese esquema serían los que son dirigidos hacia todas las personas independientemente de si son ciudadanos o no, o tienen capacidad de obrar o no. A pesar de ser una definición formal, como se ha dicho anteriormente, Ferrajoli le otorga un contenido sustantivo al definirlos por su carácter universal y al subordinar el principio procedimental democrático con respecto a ellos. En palabras de Ferrajoli:

“[...] los derechos fundamentales, al corresponder a intereses y expectativas de todos, forman el fundamento y el parámetro de la igualdad jurídica y por ello de la que llamaré dimensión «sustancial» de la democracia, previa a la dimensión política o «formal» de ésta, fundada en cambio sobre los poderes de la mayoría. [...]en otras palabras, el principio de la soberanía popular y la regla de la mayoría— se subordina a los principios sustanciales expresados por los derechos fundamentales y relativos a lo que no es lícito decidir y a /o que no es lícito no decidir” (Ferrajoli, 2004:50-52).

Otro elemento teórico importante para completar este marco teórico es, sin duda, la aportación crítica que realiza Fraser al modelo de justicia liberal, proporcionando una visión de la justicia que puede ser compatible con las posiciones de la SC. La autora argumenta que existen tres dimensiones o escalas de la justicia. La primera sería la justicia distributiva en la que la equidad sería el valor a promover.

En la segunda dimensión se posicionaría la justicia en reconocimiento, que se define como la necesidad de evitar que las personas puedan verse impedidas de interactuar en condiciones de paridad por jerarquías institucionalizadas del valor cultural que les niegan la posición adecuada; es decir evitar una desigualdad de estatus o un “reconocimiento fallido”. En esta dimensión de la justicia el valor importante es la igualdad.

Por último, la tercera dimensión de la justicia propuesta por Fraser se refiere a la dimensión política en dos subdimensiones: la dimensión política ordinaria y la dimensión de política global.

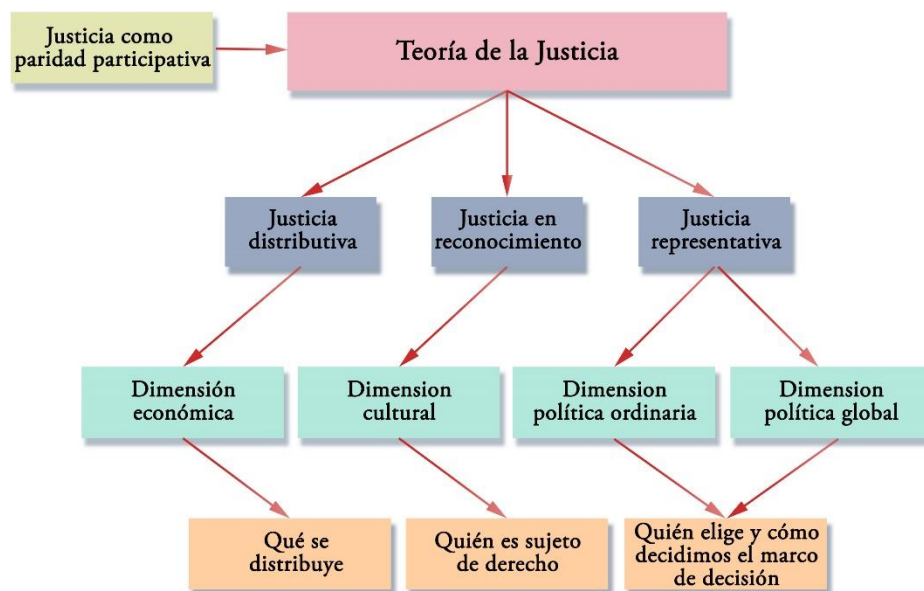
La primera subdimensión llamada de política ordinaria se refiere a la representación y esta “sirve en parte para explicar las «injusticias en el plano de la política ordinaria», que surgen internamente, dentro de sociedades políticas delimitadas, cuando reglas de decisión sesgadas privan de voz política a personas que ya cuentan como miembros, perjudicando su capacidad de participar como pares en la interacción sociales”.

La segunda subdimensión llamada de política global o de meta-política hace referencia a problema del desenmarque post-westfaliano que hace referencia a las injusticias que

surgen cuando “las fronteras de la comunidad se trazan de manera que alguien queda injustamente excluido en absoluto de la posibilidad de participar en las confrontaciones sobre justicia que le competen. En estos casos, la representación fallida adopta una forma más profunda, que llamaré «des-enmarque»” (Fraser, 2012:41).

Resumiendo, las aportaciones de Fraser a una teoría de la justicia crítica son esenciales y pueden ser resumidas en la figura 7.

Figura 7. Dimensiones de la justicia (Fraser, 2012)



METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Esta investigación se llevó a cabo utilizando un abordaje cualitativo. La investigación cualitativa navega a contracorriente del paradigma que domina las investigaciones sobre la salud y sobre los programas que se ponen en marcha para atenderla. Afirma que la realidad no es exterior a las personas sino una construcción que se realiza a partir de procesos esencialmente sociales. Los programas de salud, en este sentido, no sólo son instrumentos políticos que indican qué debe hacerse sobre determinados fenómenos sanitarios, con qué herramientas, en qué momento y quién debe hacerlo. También son ejemplos de narrativas interpretativas que indican las posturas filosóficas de quien los ha elaborado, quien los promueve y quien los opera. No son únicas ni arbitrarias, ya que responden a la cultura a la que pertenecen y al tiempo en que viven. Los programas de salud son una especie de interpretación resumida del mundo sanitario y social. Además, tenemos la convicción de que el análisis de algunos programas públicos de salud es útil para reconstruir el significado general de las políticas públicas de salud en el país. El tipo de lenguaje utilizado en los documentos, la importancia concedida a determinados valores, la responsabilidad asignada al Estado en la solución de los problemas, y la intensidad con la que participa la población en cada problema pueden indicar, con bastante claridad, la comunidad interpretativa a la que pertenece quien lo elaboró —sea o no consciente de ello.

Se ha hecho un esfuerzo por identificar, por lo menos, la “comunidad nómica” a la que pertenecen los autores de los documentos, considerando que una comunidad nómica es una agrupación de individuos para quienes los modelos y conceptos que emplean cotidianamente en un determinado ámbito, poseen el mismo sentido simbólico. Lo relevante, en el caso de los programas públicos de salud, es que indican un *nomos* (universo prescriptivo) que permite a quienes los aplican dividir el mundo en “bien y mal, legal e ilegal, válido e inválido” (Cover, 2002). Quienes hacen y operan un determinado programa terminan por pertenecer al mismo *nomos*, incorporándolo en su visión general del mundo.

En este trabajo se han agrupado las posturas encontradas en los documentos usando la propuesta presentada en el apartado de escuelas éticas. Pero este no ha sido el propósito

fundamental del trabajo. No se encontrará en consecuencia una descripción detallada de los programas y sus posturas éticas particulares. Lo que se ha buscado es caracterizar la narrativa global que sustenta cada postura y dar cuenta de su significado a la luz del marco teórico desarrollado en el primer apartado.

La técnica de análisis aplicada fue el *análisis de contenido*. Se examinaron documentos considerados fundamentales para el diseño y operación de los programas, pero no evaluación, debido a que estos últimos no siempre corresponden a la narrativa que originalmente da sentido filosófico al programa.

Las categorías utilizadas se derivan de los modelos desarrollados en el marco teórico: i) ética; ii) enfoque de capacidades; iii) salud colectiva, y iv) perspectiva de derechos.

Fuentes de información

El estudio analizó los contenidos del Programa Nacional de Control y Prevención del Dengue. La selección de los documentos oficiales que definen de algún modo este programa arrojó 25 documentos. Entre otros posibles textos, se consideraron los siguientes:

1. Programa de Acción Específico. Prevención y Control de Dengue 2013-2018.
2. Ley General de Salud 07-02-1984. Última reforma publicada DOF 24-04-2013.
3. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal: DOF 29-XII-1976.F.E. DOF 02-11-1977 Ref. DOF Última Reforma 02-04-2013.
4. Código Federal de Procedimientos Civiles: DOF 24-11-1943. Última Reforma 9-4-2012.
5. Código fiscal de la Federación: DOF 31-12-1981. Última reforma 9-12-2013.
6. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud: DOF 6-1-1987.5.
7. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitarios de Actividades, establecimientos, productos y servicios. D. O.F 18-1-1988.6.
8. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicado en el DOF 19-I-2004.
9. Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018.
10. Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018.

11. Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.
12. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
14. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA1-1993, Plaguicidas. Productos para uso agrícola, forestal, pecuario, jardinería, urbano e industrial. Etiquetado.
15. Norma Oficial Mexicana NOM-044-SSA1-1993, Envase y embalaje. Requisitos para contener plaguicidas.
16. Norma Oficial Mexicana NOM-232-SSA1-2009, Plaguicidas: Que establece los requisitos del envase, embalaje y etiquetado de productos grado técnico y para uso agrícola, forestal, pecuario, jardinería, urbano, industrial y doméstico.
17. Manual de Organización CENAPRECE 2012.
18. Manual General de Procedimientos del CENAPRECE 2012.
19. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Vector.
20. Manejo del dengue no grave y el dengue grave. México: Secretaría de Salud, 2008.19.
21. Guía metodológica para las acciones de control larvario.
22. Guía metodológica de estudios entomológicos para fase larvaria y pupal.
23. Guía de nebulización (rociado espacial) para la aplicación de insecticidas a volumen ultra bajo (ulv) con equipo pesado.
24. Guía metodológica para la aplicación intradomiciliar de insecticida de acción residual con equipo aspersor (motomochila).
25. Guía metodológica para la vigilancia entomológica con ovitrampas.

Como se puede observar muchos de estos documentos no tienen mucho contenido analizable desde el punto de vista ético, bien sea por ser una norma muy general que no da pistas sobre las especificidades del programa de prevención y control de dengue, o bien, porque son documentos demasiado específicos y técnicos que hacen casi imposible el análisis desde el punto de vista de la filosofía moral.

Por lo tanto, se consideró que el documento llamado “Programa de Acción Especifica. Prevención y Control de Dengue” reunía las características óptimas (ni muy general ni muy específico o técnico) para ser utilizado en el análisis aquí propuesto.

El análisis de contenido de este documento oficial, más la observación y participación en el programa por alrededor de cinco años son las bases metodológicas de la aplicación, a modo de ejemplo, de los fundamentos éticos de la SC al Programa de Prevención y Control de Dengue de México.

Consideraciones éticas

La investigación se llevó a cabo siguiendo 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 requirieron cartas de consentimiento informado ni se aplicaron mecanismos de secrecía o anonimato. Todos los documentos utilizados, así como los nombres de las instituciones mencionadas son del dominio público. Ni el investigador principal ni el director de tesis manifiestan la existencia de algún conflicto de interés.

El estudio se realizó entre septiembre de 2014 y mayo de 2018.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Aproximaciones éticas a la salud pública

En el siguiente análisis teórico de las distintas escuelas de pensamiento ético que han jugado un papel relevante en la salud pública, se va a realizar mediante una división entre éticas aplicadas (o marcos operativos) y teorías éticas o ética general. Hay que señalar que esta división tiene la función específica de resaltar algunas problemáticas ubicadas en la separación, un tanto artificial y contraproducente, de ambas esferas del conocimiento práctico. Se espera que este trabajo aporte algunas pistas o caminos para superar dicha problemática.

Por consiguiente, esta aproximación a los distintos enfoques éticos en salud pública, comenzará exponiendo, sin ánimo de ser exhaustiva, algunas de las éticas aplicadas que se han aproximado a las problemáticas en salud pública, para pasar en una segunda etapa a las teorías de ética general que históricamente han tenido un impacto en el campo de la salud pública.

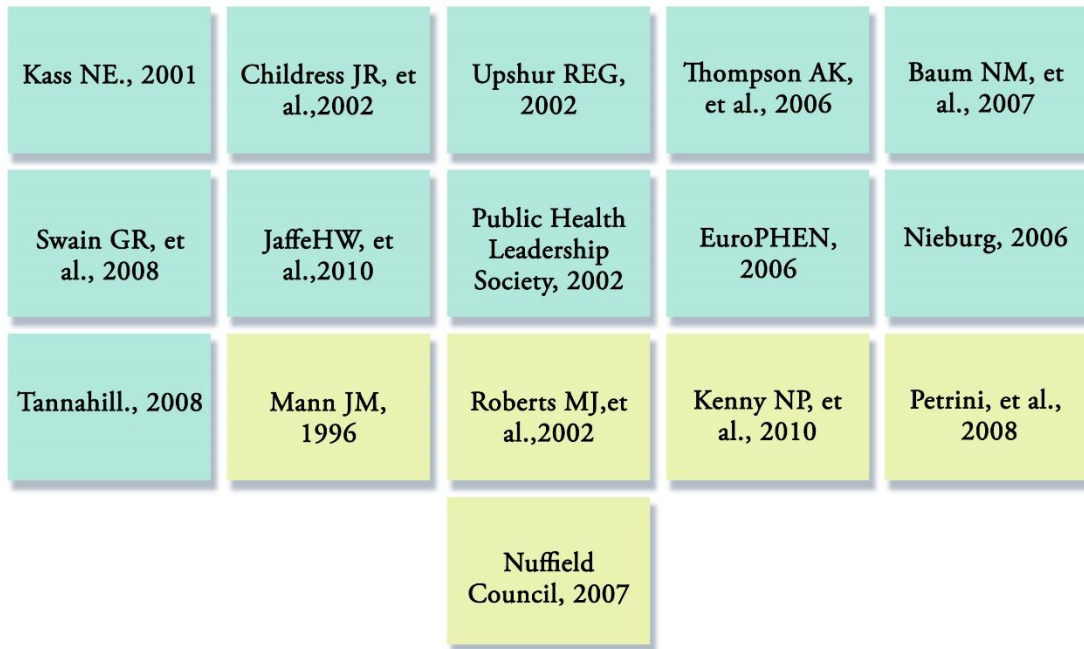
Marcos operativos éticos en salud pública

A partir de los años 90 del siglo pasado hubo un importante desarrollo de los marcos teóricos éticos aplicados a la salud pública, pero no es sino a partir de principios del siglo XXI cuando empieza el surgimiento de los marcos operativos éticos como respuesta a la urgente necesidad de los trabajadores del campo de la salud pública de guías éticas más concretas y útiles que les ayuden a resolver las cuestiones éticas que enfrentan a la hora de asignar recursos y en su quehacer diario.

Dado el gran número de marcos operativos éticos surgidos en los últimos años este trabajo se va a centrar en los que se han considerado como los más importantes teniendo en cuenta principalmente su reiterada mención en la literatura seleccionada. La lista no pretende ser exhaustiva como tampoco su caracterización. Sería una tarea ardua y demasiada extensa para este trabajo el describir las características pormenorizadas de cada uno de estos marcos operativos éticos, por lo tanto, esta tesis expondrá superficialmente las principales características de 16 marcos operativos (Figura 2). Estos marcos operativos son en su inmensa mayoría considerados como principialistas, sin embargo, hay algunos marcos operativos que sí están basados en la filosofía

moral/política, y que servirán de enlace a la siguiente parte de esta tesis donde se expondrán las corrientes éticas deductivistas con mayor relevancia en la salud pública.

Figura 9. Marcos operativos éticos en salud pública



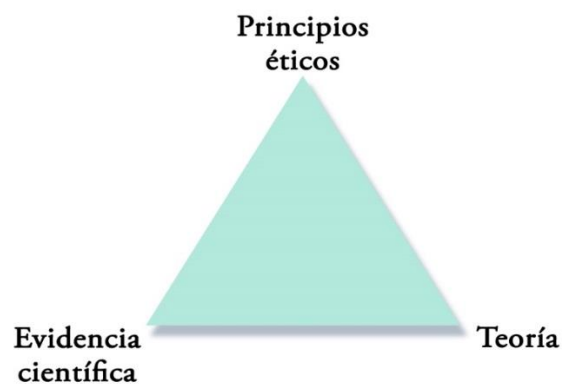
Fuente: Adaptado de Thomas, Ten Have, Lee, y Nuffield Council on Bioethics (Thomas, 2002; Ten Have, 2010; Lee, 2012; Nuffield Council on Bioethics, 2007).

La mayoría de los marcos operativos incluyen un conjunto de principios éticos que deben seguir las intervenciones en salud pública, aunque algunos marcos operativos, como en el caso del marco operativo de Childress et al. y el de EuroPHEN, solamente describen unos valores, consideraciones morales generales o recomendaciones. Kass tampoco habla de principios explícitamente, aunque distingue tres grandes “riesgos” que hay que tener en consideración a la hora de realizar actividades en salud pública, que podrían considerarse como grandes principios éticos a tener en cuenta. Otros marcos operativos como el de Tannahill resaltan el papel de la evidencia científica en el proceso de toma de decisiones (Ten Have et al., 2010; Childress et al., 2002).

Solamente cuatro marcos operativos proporcionan algún tipo de herramienta analítica para facilitar el trabajo a los tomadores de decisiones en el campo de la salud pública. Estos son: Kass, Swain, el Consejo de Nuffield y Tannahill. La herramienta analítica que Kass propone sirve principalmente para encontrar un balance entre los beneficios y las

cargas producidas por una intervención en salud pública mediante una lista “paso a paso” de seis preguntas. Más tarde Swain reformulará esta herramienta analítica de Kass añadiendo otras dos preguntas (Lee, 2012). Tannahill por su lado plantea el “triángulo de toma de decisiones” que contrasta un set de 10 principios éticos en la punta del triángulo con la evidencia y teoría existentes sobre los beneficios de una intervención en salud pública en su base (figura 10).

Figura 10. Triángulo de toma de decisiones de Tannahill (Ten Have, 2010)



Por último, está la herramienta analítica creada por el Consejo de Nuffield que se trata de una “escalera de intervenciones” en la que se trata de graduar las intervenciones en salud pública desde las más restrictivas de las libertades individuales hasta la no intervención (Ten Have, 2010).

Childress y coautores son los únicos que se centran en establecer algunas guías para solucionar las problemáticas éticas derivadas de los conflictos entre principios éticos. Por regla general los demás marcos operativos ofrecen los procesos deliberativos transparentes y democráticos como herramienta para solventar dichos conflictos, y de este modo sintonizar las soluciones éticas con los distintos contextos culturales, tal y como enfatiza el marco operativo de EuroPHEN (Petrini, 2010; Ten Have, 2010; Wilson, 2009). Parece que hay un acuerdo entre la mayoría de los autores en que es imposible establecer una jerarquización fija de los principios y que se tienen que sopesar en situaciones concretas tomando en cuenta todos los elementos del contexto, aunque algunos marcos operativos como el de Kass, Nuffield y Childress sí establecen los criterios relevantes para sopesar estos principios éticos (Ten Have, 2010; Childress et al., 2002).

Es curioso que el marco operativo creado por EuroPHEN sea el único que habla de la responsabilidad de los ciudadanos con respecto a la salud pública y que, por otro lado, sea también el único en no mencionar ningún valor o principio referente a la equidad social (Ten Have, 2010).

En general, todos estos marcos operativos tienen como objetivo conformar una herramienta heurística para la solución de los dilemas éticos que sucedan en el campo de la salud pública. Un claro ejemplo es el marco operativo de Alison Thompson, el cual está hecho para situaciones de emergencia donde la toma de decisiones debe realizarse ágilmente.

A pesar de este esfuerzo, algunos autores resaltan el poco valor práctico de estos marcos operativos ya que no abarcan todas las problemáticas concretas que se encuentran los tomadores de decisiones durante su trabajo de campo (Ten Have, 2010).

Sin embargo, la principal crítica que suelen obtener este tipo de acercamiento es la desconexión con la dimensión teórica. Tal y como lo expone Wilson: “...es falso pensar, tal y como las aproximaciones inductivas presuponen, que las políticas en salud pública pueden realizarse sin teorización filosófica explícita y rigurosa” (2009).

Una exploración de los principios que se esgrimen en la mayoría de los marcos operativos citados previamente confirma esta tesis. Como se puede ver en la tabla 1, la mayoría de los principios descritos podrían ser considerados como elementos de una teoría de la justicia (sombreados en marrón), tales como la autonomía, la integridad física, la responsabilidad, máximo balance de beneficios y costos, etc. Asimismo, algunos de ellos se refieren en mayor proporción a conceptos de justicia procedimental (como los sombreados de azul) tales como la transparencia, la participación, el empoderamiento, etc. Incluso se pueden ver elementos que típicamente podían incluirse en una teoría del bien (sombreados en rojo), como por ejemplo la solidaridad.

Tabla 1. Principios éticos de los principales marcos operativos éticos de la salud pública

Kass, 2001	Childress, et al., 2002	Public Health Leadership Society, 2002	EuroPHEN, 2006	Tannahill., 2008	Upshur, 2002	Thompson, 2006	Baum, 2007	Swain, 2008	Jaffe, 2010	Manrique, 2010
Privacidad y confidencialidad	Producción de beneficios	Prevención de las causas de la enfermedad	Crear un medio ambiente que estructure y facilite la salud individual, el bienestar y el florecimiento	Hacer el bien	No dañar	Inclusividad	Utilidad a nivel de población	Interferencia mínima para la mejora de la salud de la población	Procedimiento con consentimiento válido	Equidad
Libertad	Prevención de daños	Respeto a los derechos individuales	Salud de la población respetando los derechos individuales	No dañar	Utilizar los medios menos restrictivos o coercitivos	Sinceridad y transparencia	Evidencia	Reducir inequidades	Riesgo de daño bajo o despreciable	Junta distributiva
Justicia	Máximo balance entre beneficios y costo	Participación de la comunidad	Eminencia de la autonomía	Equidad	Reciprocidad	Razonabilidad	Justicia	Reducir daños y cargas	Beneficio en salud pública no puede ser alcanzado por otros medios	Solidaridad
	Justicia distributiva	Empoderamiento de los miembros de la comunidad	Salud como derecho y responsabilidad	Respeto	Transparencia	Responsabilidad	Rendición de cuentas	Proveer evidencia de los beneficios	Los beneficios justifican los riesgos de daño a los individuos	Responsabilidad
	Justicia procedimental	Efectividad de los programas	Asegurar que la gente se sienta parte de la sociedad de una forma activa	Empoderamiento		Deber de proveer cuidado	Coste/eficiencia	Focalizar en las causas fundamentales de la enfermedad	Recolección de datos sobre los daños para mayor precisión en la estimación de daños	Subsidiariedad
	Autonomía	Consentimiento informado de la comunidad	Las políticas deben ser entendidas y conectadas a las vidas de las personas	Sustentabilidad		Equidad	Viabilidad política	Participación comunitaria, colaboración, comunicación y consentimiento	Escrutinio de intervenciones por organismos independientes	Precaución
	Privacidad y confidencialidad	Oportunidad en la acción	Transparencia para facilitar la rendición de cuentas	Responsabilidad social		Libertad individual				Participación
	Mantener promesas	Respeto a los valores de la comunidad	Construir confianza	Participación		Privacidad				Tolerancia
	Informar honestamente	Mejora del medio ambiente físico y social	Balance entre incentivos y restricciones	Sinceridad		Proporcionalidad				Reciprocidad
	Crear y mantener confianza	Confidencialidad	Confidencialidad con la información que pueda dañar al individuo o a la comunidad	Rendición de cuentas		Protección sobre daños				
		Profesionalidad de los trabajadores de salud	Acciones sobre los riesgos a la salud de una manera oportuna con la información disponible			Reciprocidad				
		Construir confianza en la institución				Solidaridad				
						Correcta administración				
						Confianza				

Fuente: Elaboración propia a partir de: (ten Have, 2010; Thompson, 2006; Lee, 2012; Childress et al., 2002; Manrique, 2010; Baum, 2007

sin responder. Esta indeterminación teórica trae consigo muchos problemas ya que, por un lado, los utilitaristas responderían que la equidad significa que cada persona cuenta exactamente igual en la maximización de la felicidad (o utilidad); y, por otro lado, los igualitaristas liberales que sigan la teoría de la justicia de Rawls, responderán que lo verdaderamente justo es la equidad de bienes primarios, siguiendo los principios de igual libertad, igualdad de oportunidades y el principio de diferencia. Con tales desacuerdos sobre en qué consiste la equidad, nombrarla en un listado de principios que, al mismo tiempo, también comparten la misma problemática (como por ejemplo “respeto” o “proporcionalidad”), reduce significativamente su utilidad práctica. Por último, se pueden encontrar en la literatura algunos marcos operativos éticos en salud pública que sí tienen algún tipo de fundamentación teórica y que servirán como introducción a las distintas escuelas teóricas éticas.

Tal y como se puede observar en la figura 12 hay una serie de marcos operativos que utilizan diversas escuelas teóricas éticas para su uso en el campo de la salud pública. En algunos casos se posicionan en una sola escuela, aunque en la mayoría se tiende a mezclar posiciones de una u otra. Un ejemplo de este tipo de marcos operativos es el del Consejo de Nuffield. Este se centra primero en exponer el modelo de administración (stewardship model) que consiste en una serie de principios éticos importantes en la salud pública tales como el principio liberal clásico del daño de John Stuart Mill (harm principle) o algunos principios comunitaristas para abordar la dimensión colectiva que no puede faltar en la salud pública. Consecutivamente, vincula este modelo con la exposición de un conjunto de 10 metas de la salud pública. Una de las críticas más comunes a estos marcos teóricos es que, aunque tienen una conexión teórica importante, esta es insuficiente (Lee, 2012; Ten Have, 2010).

Figura 12. Marcos operativos con contenido teórico

<u>Mann JM., 1996</u>	<u>Roberts MJ, 2002</u>	<u>Petrini, C, 2008</u>	<u>Nuffield Council on Bioethics</u>	<u>Kenny NP, 2010</u>
Enfoque de derechos humanos	Utilitarismo, liberalismo, comunitarismo, ética del cuidado feminsita	Personalismo, utilitarismo, kantianismo, comunitarismo	Liberalismo político, principio de no dañar de J.S. Mill, colectivismo, paternalismo-paternalismo libertario	Ética relacional

Fuente: elaboración propia a partir de: (Lee, 2012; Nuffield Council on Bioethics, 2007; Mann, 1996; Roberts et al, 2002; Mann, 1996)

Ética y salud pública desde el enfoque de la salud colectiva

La lucha por el derecho a la salud, y subsecuentemente, el derecho a una salud pública digna ha sido el objetivo de la medicina social y la SC durante décadas. La SC representa una superación con respecto a los enfoques clásicos, donde se privilegia la enfermedad y la muerte desde el positivismo y el estructural funcionalismo, ya que pone en el centro de su estudio la salud poblacional en su realidad histórica (Granda, 2004).

No es el objetivo de esta tesis presentar el desarrollo teórico del concepto de SC¹¹, sino definirla como una corriente crítica de salud pública y realizar una propuesta teórica ética que pueda ser compatible con su posicionamiento.

Según la propuesta final de Carolina Manrique (2010):

“La SC es un campo de acciones y conocimientos inter y transdisciplinarios en donde la interacción de las personas con las instituciones en el proceso salud/enfermedad/cuidado busca la construcción y conservación de la salud, para alcanzar una vida digna”.

Claramente el proceso salud/enfermedad/cuidado tiene un contenido normativo o ético, como lo tiene cualquier definición de salud o enfermedad. Los procesos biológicos se

¹¹ Para una revisión más profunda del desarrollo teórico e histórico de la Salud Colectiva consultar el libro de Manrique Nava (2010) “Ética de la salud colectiva Principios éticos para la salud colectiva/medicina social”.

convierten en enfermedad al posicionarse del lado del ser humano y valorar, por ejemplo, una parasitosis como algo negativo o malo. Naturalmente, si el posicionamiento es del lado del parásito difícilmente sería considerada como enfermedad.

La SC latinoamericana se ha caracterizado por la defensa de un derecho a la salud desde una visión amplia y no restringida a los servicios de salud:

“Como parece claro, uno de los problemas más importantes que enfrenta la lucha por el Derecho a la Salud en México es diferenciarlo del Derecho a la Protección de la Salud. Esto no significa que no se deba luchar por el derecho de todos los seres humanos a disponer de la más amplia, suficiente y oportuna protección a la salud. El acceso universal y equitativo a servicios de salud de buena calidad es un requisito fundamental de cualquier sociedad justa. Pero también es cierto que el derecho a la salud [...] no se agota con el otorgamiento de servicios. Se trata de un derecho complejo, cuyo alcance sólo puede lograrse cuando se conjuntan las condiciones que permiten a los seres humanos el disfrute de una vida plena, elegida libremente de entre múltiples opciones” (López Arellano et al., 2015).

Esta defensa del derecho a la salud implica un desarrollo teórico conceptual en varios campos del conocimiento, qué duda cabe, también en el campo de la ética para poder establecer su fundamentación. Se han propuesto varios caminos para realizar esta fundamentación ética del derecho a la salud dentro de la SC y esta tesis significa otro intento de dotar de contenido teórico ético la lucha por el derecho a la salud.

Carolina Manrique (2010) ha planteado un acercamiento desde la ética principialista. Anteriormente se han expuesto las ventajas e inconvenientes del enfoque principialista. Se ha mencionado específicamente que, aunque el principialismo ofrece gran versatilidad para orientar con contenido ético la praxis del día a día en el campo de la SC, adolece de una falta de conexión con la teoría ética haciendo que los principios puedan ser interpretados de diversas formas. Desde este trabajo se plantea la necesidad de construir una teoría de la justicia para la SC, compatible con sus esquemas conceptuales.

Como se ha expuesto durante este trabajo, las distintas escuelas éticas proponen teorías de la justicia basadas principalmente en tres elementos: a) el bienestar (como el utilitarismo); b) los derechos (como el libertarismo o el liberalismo igualitario); y c) la virtud (como algunos autores dentro del comunitarismo). La teoría de la justicia desde el enfoque de la SC debe cubrir estos tres elementos de las teorías de la justicia de una forma compatible con sus propuestas teóricas. Consecuentemente, se necesita profundizar en

una fundamentación ética del derecho a la salud desde una perspectiva compatible con respecto a la concepción amplia del derecho a la salud como al enfoque crítico de la SC.

Lo que se propone en este trabajo, en líneas generales, es utilizar la teoría ética liberal, modificándola y complementándola con otros enfoques para hacerla compatible con el discurso crítico de la SC. La razón de utilizar la teoría liberal (sobre todo el liberalismo igualitario) es porque, como se ha expuesto anteriormente, esta es la que más desarrollo teórico ha tenido en los dos últimos siglos. Son las teorías liberales las que más se han preocupado por temas como la libertad y la igualdad en los últimos tiempos y, de hecho, casi todos los autores, sean del signo que sean, parten de una crítica y a la vez alabanza a los desarrollos teóricos éticos liberales. Obviamente, estos desarrollos éticos se han realizado dentro de los axiomas liberales y que el enfoque de la SC debe superar de las maneras expuestas en el marco teórico.

Dentro de la SC ya se ha planteado la idoneidad del uso del enfoque de capacidades de Sen para dar contenido y operacionalizar el derecho a la salud (López Arellano et al., 2015). Uno de los motivos para el uso de las capacidades en SC es la compatibilidad en sus definiciones de salud. La concepción amplia de la salud en la SC rebate la concepción restringida de salud de Boorse, como funcionamientos típicos por encima de un valor de normalidad estadística (Venkatapuram, 2012), y, en cierto modo, está más en consonancia con el concepto de salud de Nordenfelt, descrito más arriba, como la consecución de metas vitales. Anteriormente se ha desarrollado la compatibilidad de esta definición de salud con el enfoque de capacidades de Amartya Sen. Por lo tanto, en este trabajo se defenderá que las capacidades son el espacio evaluativo de la justicia, huyendo del fetichismo de los bienes primarios o de los recursos usados en otras teorías éticas.

El enfoque de capacidades resulta ser una buena opción para representar la dimensión valorativa de la justicia ya que es capaz de incluir uno de los elementos básicos de las teorías de la justicia, el bienestar, y superar este tipo de análisis al incluir la agencia. A pesar de esto, se pueden hacer varias objeciones al uso de este enfoque. La primera es que el enfoque no es ni pretende ser una teoría de la justicia. Establece un marco evaluativo muy amplio, pero carece de dimensión sustantiva. Sen nunca propone ni un listado de capacidades básicas (aunque menciona su existencia), ni aboga por una igualdad de capacidades total. Para ambas cuestiones Sen refiere a la deliberación pública como herramienta para superar esos obstáculos. Es cierto que otras autoras, como Nussbaum y Prah, sí establecen un listado más o menos cerrado de capacidades básicas

que pueden ser consideradas como capacidades en salud. A pesar de estos intentos, no consiguen establecer una teoría de la justicia completa ya que nunca establecen cómo se deben distribuir las capacidades por encima de esos umbrales mínimos. A pesar de esto, esos listados pueden llegar a ser útiles como contenido sustantivo de una teoría de la justicia para la SC. Existe cierto consenso entre algunos autores importantes en teoría ética en la idea de que estas capacidades tienen valor, al menos como herramienta heurística para la justicia en salud. Por ejemplo, Adela Cortina, propone una reelaboración de las capacidades básicas de Nussbaum que Venkatapuram traduce como capacidades en salud de la siguiente forma:

- 1) “Corporales: estar adecuadamente sano, alimentado, vestido, protegido, tener movilidad adecuada, así como estar libre de sufrimiento físico y agresiones corporales. Con la expresión "adecuadamente" nos referimos al hecho de que estas capacidades pueden ejercerse de muy diverso modo y es imprescindible que las personas puedan desarrollarlas en un nivel que les permita no tener que avergonzarse en público. Una sociedad está obligada a suministrar a las personas lo necesario para poder ejercer sus capacidades sin avergonzarse ante otros y ante sí mismas.
- 2) Mentales: capacidades cognitivas para las actividades de percibir, imaginar, razonar, juzgar y decidir de forma autónoma; capacidad de disfrutar del placer de la salud física, el arte, la naturaleza, la bondad moral.
- 3) Sociales: relaciones personales profundas de familia, amistad, participación en la vida social y relaciones ecológicas de la comunidad. De aquí derivamos también, en gran medida, la autoestima, porque la persona que no tiene la capacidad de participar en la vida social difícilmente va a estimarse y a sentirse estimada por otros. La marginación social es pobreza profunda.
- 4) De la singularidad: ser capaz de elegir la propia vida, poder elegir por sí mismo en materia de amistad, sexualidad, matrimonio, paternidad, empleo y, en general, nuestra propia concepción de la vida buena” (Cortina, 2002, 211-12).

Existe la posibilidad de que el enfoque de capacidades básicas pueda servir de lenguaje para operativizar una ética basada en derechos humanos en la que el derecho a la salud de podría considerar como una meta capacidad que cumpliera unos mínimos dignos y suficientes del listado anterior.

El mismo Sen ha confirmado la complementariedad del enfoque de capacidades con el de derechos humanos. De hecho, él mismo establece qué se tiene que cumplir para establecer como derecho humano una capacidad:

“Para que una libertad sea incluida como parte de un derecho humano, tiene que ser lo suficientemente importante como para ofrecer razones para que los otros le presten seria atención. Debe haber algunas «condiciones de umbral» de relevancia, incluida la importancia de la libertad y la posibilidad de influir en su realización, para que figure de modo plausible dentro del espectro de los derechos humanos” (Sen, 2010:399).

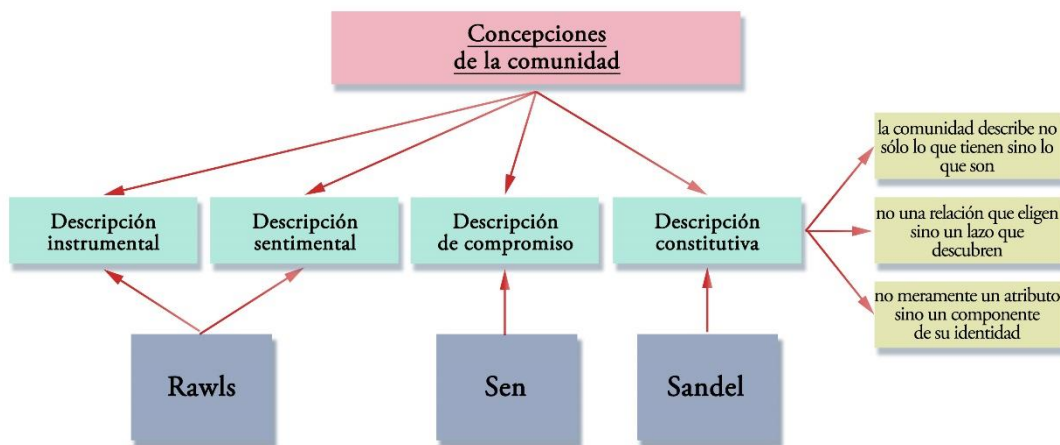
Sen está en contra de un listado básico de capacidades ya que esto iría contra el principio de deliberación pública al que él le da tanta importancia. El problema de dejar la definición de los derechos humanos al proceso democrático de deliberación pública es que éstos quedan vulnerables al criterio de una mayoría coyuntural. Para evitar esta problemática se propone complementar este enfoque con dos elementos teóricos: el constitucionalismo rígido de Ferrajoli y las dimensiones de la justicia de Fraser anteriormente expuestos.

Esta combinación de derechos humanos en el marco del constitucionalismo rígido de Ferrajoli y su combinación con un enfoque de capacidades básicas aporta a la teoría de la justicia elementos de bienestar, agencia, elementos procedimentales y sustantivos. A pesar de esto, estos enfoques heredan algunos axiomas del liberalismo que no tienen cabida en una teoría de la justicia de la SC.

El primero de esos dogmas es el concepto de individuo. Como ya se ha expuesto en la parte del comunitarismo, Sen rompe un tanto con el individualismo liberal ontológico y metodológico, característico de enfoques liberales como la TER. Sen critica el reduccionismo de estas teorías liberales al explicar el comportamiento humano solo a través del interés propio o la simpatía (que también se puede reducir a interés propio). Sen añade un tercer componente del comportamiento humano llamado el compromiso y de este concepto desarrolla la capacidad de agencia tan central en su enfoque de libertades. A pesar de esto, para algunos autores comunitaristas como Sandel, este concepto de individuo sigue siendo irreal e incapaz de explicar completamente el comportamiento moral humano. La crítica de Sandel, se resume en que las tres explicaciones del comportamiento humano de Sen se originan a partir de la voluntad y por consiguiente niega que los seres humanos tengan adscripciones constitutivas, es decir,

obligaciones no elegidas derivadas de la pertenencia a un grupo. Para los liberales la comunidad es una agregación de individuos, sin embargo, para los comunitaristas el ser humano tiene una dimensión social, la comunidad es parte constitutiva de su ser tal y como lo expresa la figura 6.

Figura 6. Concepciones de comunidad (elaboración propia).



Para una teoría de la justicia de la SC es imprescindible añadir el enfoque de las capacidades colectivas para de este modo poder superar las limitaciones individualistas liberales y hacer análisis a niveles también estructurales. Las capacidades colectivas sin duda aportan elementos explicativos que con un enfoque liberal se perderían.

Complementando el enfoque de Sen con las capacidades colectivas hay posibilidades de superar algunas de las debilidades expuestas por Sen a la hora de utilizar las capacidades en el enfoque de derechos humanos. Sen admite que las capacidades y el enfoque de derechos humanos son complementarios en la dimensión de oportunidad de los derechos humanos, pero que son deficientes en la dimensión de proceso. El ejemplo que pone Sen para mostrar esta incompatibilidad es que al imponer la igualdad de capacidad de tener vidas longevas a hombres y mujeres vulneramos el proceso de tratar de forma igualitaria a hombres y mujeres para compensar la propensión natural de las mujeres a ser más longevas (Sen, 2010:402-404).

Con la inclusión de las capacidades algunas de estas limitaciones pueden ser superadas por ejemplo con la potenciación de capacidades como la equidad procedimental que podría estar a nivel de grupo o institución, pero nunca a nivel individual.

El segundo axioma liberal a superar sería la limitación de la justicia al marco del Estado nación. Como expone Fraser, las teorías de la justicia liberales siempre se han enmarcado dentro de las fronteras del Estado nación westfaliano¹², pero la situación actual de globalización ha hecho que esta limitación se quede obsoleta.

“Los activistas de los derechos humanos y las feministas internacionales se unen a los críticos del ajuste estructural y de la OMC y fijan como objetivos injusticias que trascienden las fronteras. Haciendo estallar de un modo efectivo la imaginaria territorial, estos movimientos intentan redibujar los límites de la justicia a una escala mayor. Cuestionan el punto de vista según el cual la justicia debe ser únicamente una relación interna entre conciudadanos y articulan nuevas concepciones «poswestfalianas» acerca de «quién cuenta»” (Fraser, 2012:59).

Ante el incremento de procesos transnacionales Fraser propone que la justicia debe superar el marco del Estado nación con dos posibilidades de acción:

- a) La opción internacionalista en la que “las normas distributivas igualitarias se aplican globalmente, entre individuos, independientemente de la nacionalidad o de la ciudadanía”.
- b) La opción cosmopolita en la que “las normas distributivas igualitarias se aplican internacionalmente, entre colectividades territorialmente delimitadas” (Fraser, 2012:63-64).

El tercer dogma o axioma liberal que Fraser expone está relacionado con las dos posibilidades de superación del marco westfaliano. La autora argumenta que desde la filosofía liberal se discute a favor y en contra de estas posibilidades, pero siempre desde un posicionamiento tácito que no se pone en duda. Este posicionamiento tácito es que la solución a este debate se debe dar desde las ciencias sociales:

¹² Referencia al tratado de paz de Westfalia firmados en 1648 por los cuales finalizó la guerra de los Treinta Años en Alemania y la guerra de los Ochenta Años entre España y los Países Bajos que inició un nuevo orden en Europa central basado en el concepto de soberanía nacional y que representa el nacimiento del Estado nación.

“Todas suponen que el marco de la justicia distributiva debe adecuarse al ámbito de cualquier estructura que muestre ser la «básica», en el sentido de ejercer como causa principal en las oportunidades vitales de la gente. Y todas suponen que la identidad de esta estructura tiene que ver, sin ningún género de duda, con un hecho empírico. El resultado es que, en este debate, todos los filósofos admiten en la práctica que ha de ser el científico social quien determine el marco” (Fraser, 2012:67-68).

Fraser, que entiende la justicia como paridad de participación, entiende que la solución a esta disyuntiva no puede provenir de las ciencias sociales normales, sino de lo que llama el enfoque “crítico-democrático”:

“La tarea de arbitrar entre caracterizaciones rivales no puede ser confiada, por tanto, a la ciencia social concebida desde una perspectiva positivista. Más bien debe manejarse dialógicamente, en un discurso práctico polifacético que sondee concepciones alternativas, extraiga sus supuestos subyacentes y sopesa sus ventajas respectivas; todo con plena conciencia de las relaciones internas entre conocimiento social y reflexión normativa” (Fraser, 2012:69-70).

El cuarto axioma del liberalismo que debe superar una teoría ética crítica es el de la separación entre la justicia y el bien. Según las escuelas de pensamiento liberal, para que existan sociedades plurales es necesario evitar la inclusión en la política y por lo tanto en los acuerdos éticos mínimos y universalizables, las cuestiones de vida buena. Como ya se expuso en la sección de la escuela comunitarista, esta división es totalmente artificial e imposible. Como bien argumenta Michael Sandel, la inclusión de algunos temas importantes de la vida buena debe ser a la menos promovida por el Estado a través de las políticas para realmente alcanzar una sociedad justa.

El quinto y último de los dogmas del liberalismo que se debe superar en una teoría de la justicia de la SC es el uso del mercado. Antes de empezar la crítica al mercado como herramienta distributiva en la justicia hay que resaltar las diversas formas de concebirlo dentro del mismo liberalismo. Desde las posturas libertaristas que le dan un papel central y que requieren la mínima intervención estatal, pasando por posturas más igualitaristas como la de Rawls donde hay una gran intervención del Estado para que se cumplan los principios derivados de la posición original, hasta los planteamientos igualitaristas de la suerte de Dworkin, donde los mercados tienen un valor distinto (además del común en las

sociedades capitalistas) como mercados hipotéticos que sirven para orientar las políticas redistributivas.

A pesar de estas diferencias, el mercado posee un lugar especial, si no central, en las teorías de la justicia liberales que parece incompatible con las posturas de la SC. Por ejemplo, para Dworkin;

“los mercados necesariamente cumplen una función moral, en tanto convierten a todas las personas en sujetos responsables de la distribución del esfuerzo y los recursos de los que disponen, al tiempo que aseguran que los beneficios que puedan extraer de sus elecciones dependerán de lo importante que sus esfuerzos y recursos resulten para los demás” (Satz, 2015:418).

A continuación, se exponen algunas de las razones para criticar esta posición.

Primeramente, el uso hipotético que hace Dworkin de los mercados (particularmente el mercado de seguros contra la mala suerte bruta, anteriormente expuesto) tienen como objetivo orientar las políticas redistributivas basadas en impuestos y otras herramientas. Pero incluso este uso hipotético tiene problemas incompatibles con una postura crítica. Amartya Sen (2010:296) los resume en dos:

- 1) El mercado de seguros está orientado a tratar fuentes de desventaja individuales como la discapacidad. Sin embargo, no es adecuado para el aseguramiento de desventajas que nacen de características relacionales o ambientales como por ejemplo la privación relativa discutida por Adam Smith.
- 2) La segunda incompatibilidad es que el mercado reemplaza la deliberación pública en la determinación de los precios de mercado y los niveles de compensación de los distintos tipos de seguros y la realiza por medio de operadores atomistas en los mercados.

Por otro lado, el papel de los mercados, ya no hipotéticos, sino reales, como herramientas de justicia distributiva tienen severos problemas que hay que enfrentar. Según Satz (2015:354), los mercados “no son meros dispositivos contables que determinan y monitorean de manera neutral el valor de los bienes. Pueden cambiar y degradar el significado de un bien”.

Para esta autora, según el tipo de mercado se necesitará más o menos regulación hasta el punto, en mercados considerados como “nocivos”, de obstruirlos legalmente (como por ejemplo los contratos de embarazo).

Para evaluar si un mercado debe ser regulado u obstruido Satz propone cuatro criterios a evaluar para cada mercado (ver figura 8). Dos de estos criterios se refieren a la fuente de estos mercados, es decir, a la condición subyacente de los agentes del mercado. Estos son: a) la vulnerabilidad (que estén en una situación de debilidad relativa que les haga aceptar cualquier tipo de intercambio); y b) la débil capacidad de acción (que les imposibilita participar en la decisión). Los dos últimos criterios se refieren a las consecuencias derivadas de los mercados particulares y se resumen en: c) resultados altamente perjudiciales para los individuos; y d) resultados altamente perjudiciales para la sociedad.

Figura 8. Criterios para limitar los mercados (Satz, 2015).

	<u>Fuentes del mercado</u>
Vulnerabilidad	Aceptan cualquier tipo de intercambio
Débil capacidad de acción	No participan en la decisión
	<u>Resultados del intercambio</u>
Altamente perjudiciales para los individuos	Producen daños a los valores considerados superiores por la mayoría
Altamente perjudiciales para la sociedad	Favorecen relaciones deshumanizantes (humillantes o de poder irrestricto)

Unos de los problemas del modelo de evaluación de mercados de Satz es que no ofrece criterios para evaluar qué grado de vulnerabilidad, de agencia o de cualquiera de los criterios, es necesario para obstruir un mercado o para regularlo de una determinada forma. A pesar de esto, es una guía esencial para el establecimiento de límites morales a los mercados y no considerarlos como herramientas morales neutras.

Esta crítica a los mercados es esencial a la vista de los desarrollos actuales del enfoque de capacidades centrales en salud de Nussbaum y Venkatapuram. Por ejemplo, el trabajo de Pimentel Gameiro (2017) que intenta redefinir las capacidades en salud como bien jurídico para su posterior defensa en las cortes. Pimentel utiliza, tal y como en este trabajo se propone, utilizar el listado de capacidades centrales de Nussbaum para definir la salud. La primera crítica que se le puede hacer desde el punto de vista de este trabajo es que recorta ese listado de manera arbitraria, despropiándolo de su carácter amplio, en concreto de las dimensiones políticas y relacionales. Las capacidades que deja en el listado

final se refieren a un concepto de salud bastante restringido: 1) nutrición; 2) locomoción; 3) reproducción; 4) comunicación; 5) raciocinio; y 6) emociones.

Por otro lado, hace una distinción entre dolencia y enfermedad. La primera se refiere a los obstáculos para tener capacidades básicas o para aprender nuevas maneras de superar estos límites y la segunda se identifica con una idea de disfunción biológica similar al concepto de enfermedad de Boorse anteriormente explicado (Pimentel Gameiro, 2017).

Pimentel defiende que es la dolencia y no la enfermedad el bien jurídico a defender y por lo tanto lo único que se le puede obligar al Estado a proteger. Para la atención de la enfermedad Pimentel declara que es el mercado el agente propicio para la provisión de servicios.

Un ejemplo que el mismo Pimentel propone es el de un individuo con una enfermedad renal que necesita ir a diálisis. La diálisis es un tratamiento que le permite realizar sus capacidades centrales en salud, aunque sea por otro camino, y, por lo tanto, hasta ahí llega la responsabilidad del Estado, aunque existiera una cura a su enfermedad renal. Esta cura, al ser más cara, ya no es responsabilidad jurídica del Estado y la persona puede ir al mercado a buscar ese servicio.

Este planteamiento ignora los límites morales del mercado, en los que, por ejemplo, la vulnerabilidad de los individuos y la asimetría de agencia serían dos de las razones para poner en tela de juicio a ese mercado. Además, deja a un lado el buen funcionamiento del organismo y el bienestar individual perdiendo relevancia a la hora de definir la salud. Esta limitación del derecho a la salud parece un tanto peligrosa por varios motivos más. Puede ignorar las consecuencias para la persona de ese “camino alternativo” para cumplir con un listado de capacidades centrales ya restringido comparado con la propuesta de Nussbaum. Por seguir con el ejemplo de Pimentel, se ha probado que los procesos de diálisis a los que se someten las personas tienen efectos graves sobre su bienestar, por ejemplo, trastornos de sueño (Restrepo y Cardeño, 2010), y que pueden resultar en desigualdades basadas en (como diría Rawls) accidentes de los dones naturales que desde un punto de vista moral son arbitrarios y por lo tanto injustos.

El enfoque de capacidades y la justicia en salud

Como se ha mencionado anteriormente, Sen no se propone establecer una teoría ética completa y, por lo tanto, el enfoque de capacidades no corresponde a una teoría de la

justicia. Sin embargo, Martha Nussbaum, sí lleva la propuesta de Sen al ámbito de ética social y política, que, en lugar de tener la libertad en el eje de su planteamiento, tiene la dignidad humana (Urquijo Angarita, 2008:90:92). Nussbaum propone una lista, que está abierta a especificaciones realizadas por la sociedad, de diez capacidades básicas como requerimientos para una vida con dignidad. Esta lista es la siguiente:

- 1." Vida. Ser capaces de vivir una vida humana de duración normal hasta su fin, sin morir prematuramente o antes de que la vida se reduzca a algo que no merezca la pena vivir.
2. Salud corporal. Ser capaces de gozar de buena salud, incluyendo la salud reproductiva, estar adecuadamente alimentado y tener una vivienda adecuada.
3. Integridad corporal. Ser capaces de moverse libremente de un lugar a otro; que los límites físicos propios sean considerados soberanos, es decir, poder estar a salvo de asaltos, incluyendo la violencia sexual, los abusos sexuales infantiles y la violencia de género; tener oportunidades para disfrutar de la satisfacción sexual y de la capacidad de elección en materia de reproducción.
4. Sentidos, imaginación y pensamiento. Ser capaces de utilizar los sentidos, de imaginar, pensar y razonar, y de poder hacer estas cosas de una forma realmente humana, es decir, informada y cultivada gracias a una educación adecuada, que incluye (pero no está limitada a) el alfabetismo y una formación básica matemática y científica. Ser capaces de hacer uso de la imaginación y el pensamiento para poder experimentar y producir obras auto-expresivas, además de participar en acontecimientos elegidos personalmente, que sean religiosos, literarios o músicos, entre otros. Ser capaces de utilizar la mente de maneras protegidas por las garantías a la libertad de expresión, con respeto a la expresión política, artística y de culto religioso. Ser capaces de buscar el sentido propio de la vida de forma individual. Ser capaces de disfrutar de experiencias placenteras y de evitar daños innecesarios.
5. Emociones. Ser capaces de tener vínculos afectivos con cosas y personas ajenas a nosotros mismos; amar a los que nos aman y nos cuidan y sentir pesar ante su ausencia; en general, amar, sentir pesar, añorar, agradecer y experimentar ira justificada. Poder desarrollarse emocionalmente sin las trabas de los miedos y ansiedades abrumadores, ni por casos traumáticos de abusos o negligencias.

(Defender esto supone promover formas de asociación humana que pueden ser demostrablemente esenciales para su desarrollo).

6. Razón práctica. Ser capaces de formar un concepto del bien e iniciar una reflexión crítica respecto de la planificación de la vida. (Esto supone la protección de la libertad de conciencia).
7. Afiliación. a) Ser capaces de vivir con otros y volcados hacia otros, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos y comprometerse en diversas formas de interacción social; ser capaces de imaginar la situación del otro y tener compasión hacia esta situación; tener la capacidad tanto para la justicia como para la amistad. (Esto implica proteger instituciones que constituyen y alimentan tales formas de afiliación, así como la libertad de asamblea y de discurso político). b) Teniendo las bases sociales del amor propio y de la no humillación, ser capaces de ser tratados como seres dignos cuyo valor es idéntico al de los demás. Esto implica, como mínimo, la protección contra la discriminación por motivo de raza, sexo, orientación sexual, religión, casta, etnia u origen nacional.
8. Otras especies. Ser capaces de vivir interesados y en relación con los animales, las plantas y el mundo de la naturaleza.
9. Capacidad para jugar. Ser capaces de reír, jugar y disfrutar de actividades de ocio.
10. Control sobre el entorno de cada uno. a) Político. Ser capaces de participar eficazmente en las decisiones políticas que gobiernan nuestras vidas; tener el derecho de participación política junto con la protección de la libertad de expresión y de asociación. b) Material. Ser capaces de poseer propiedades (tanto tierras como bienes muebles) no sólo de manera formal, sino en términos de una oportunidad real; tener derechos sobre la propiedad en base de igualdad con otros; tener el derecho de buscar un empleo en condiciones de igualdad con otros, ser libres de registros y embargos injustificados” (Nussbaum, 2003).

Esta lista de capacidades básicas de Nussbaum implica que, desde su punto de vista, es más importante alcanzar unas cuotas básicas en estas capacidades, que simplemente evaluar distintos niveles de desigualdad mediante las capacidades que propone Sen. Hay que aclarar que, aunque ambos están en contra del relativismo cultural, es Nussbaum quien propone una lista de capacidades básicas universales.

Otra de las diferencias entre estos dos autores es que Nussbaum fundamenta su teoría de la justicia en ideas marxistas y aristotélicas, tales como el florecimiento humano. A pesar de esto, cabe resaltar, que esta teoría es parcial por dos motivos principalmente: a) no explicita cómo deben distribirse las desigualdades por encima del umbral de dignidad de las capacidades básicas; y b) explícitamente declara que la lista no es exhaustiva y reconoce que algunos valores políticos importantes que no se encuentran en la lista (Urquijo Angarita, 2008: 98).

Nussbaum tampoco aprecia la distinción entre bienestar y agencia, descartando este último concepto. Según Urquijo Angarita (2008:95), esto es debido a que Nussbaum no aprecia el concepto de libertad tanto como Sen. De hecho, esta autora rebate la idea de Sen de que todo aumento de la libertad es positivo en sí y que lo negativo de una libertad está en el uso pernicioso que se haga de ella; según Nussbaum algunas libertades hay que restringirlas ya que son injustas por antonomasia. Para alcanzar la equidad de género, dice, es necesario limitar de algún modo la libertad de los hombres (Nussbaum, 2003).

El enfoque de capacidades no es una teoría de la justicia, pero puede servir de herramienta para la construcción de una. Proporciona la dimensión correcta para evaluar la igualdad a través de las ventajas individuales que se deben alcanzar por medio de las capacidades. Por otro lado, se centra en la dimensión distributiva de la justicia, y no en otras dimensiones como la agregativa o la procedimental (Urquijo Angarita, 2008:266).

A pesar de la negativa de Sen en elaborar una lista de capacidades básicas que ignore la deliberación pública, reconoce que mantenerse sano es una de las capacidades básicas (Steward y Deneulin, 2002). Dentro del enfoque de capacidades hay varios autores que se centran en desarrollar más las implicaciones en el campo de la salud. Por motivos de espacio se van a presentar las ideas de dos autores: Jennifer Prah Ruger y Sridhar Venkatapuram.

Para Prah, la salud es un constructo multidimensional, que abarca más allá del funcionamiento óptimo del organismo por la ausencia de enfermedad o anormalidad, sin duda tienen aspecto psico-sociales que hay que tener en cuenta. Pero para Prah es importante no caer tampoco en un concepto demasiado amplio de salud que se superponga al de calidad de vida. Por lo tanto, Prah define salud como un conjunto de capacidades en salud que representan las libertades de la persona para alcanzar funcionamientos en salud (Ruger, 2006). Consecuentemente Prah define qué significan

estas capacidades en salud como “la seguridad y habilidad de ser efectivo en el logro de una salud óptima dadas las disposiciones genéticas y biológicas; las condiciones sociales, políticas y económicas a nivel intermedio y macro; y el acceso a un sistema de atención a la salud y a la salud pública (Ruger, 2010). Prah divide estas capacidades en salud en centrales y no centrales, siendo prioritarias las primeras ya que permiten el desarrollo de las segundas. A su vez, Prah elabora un listado de capacidades en salud, las cuales divide en dos: factores internos y externos (ver Figura 6) (Ruger, 2010).

Jennifer Prah complementa el enfoque de capacidades ahondando un poco más que Sen en los procesos de deliberación pública. La autora propone un paradigma de la elección social que consiste en una tipología de acuerdos sociales (tomados de Sustain) para analizar cuando se puede llegar a un acuerdo y cuando no, en una sociedad pluralista y democrata. Esta tipología se denomina Acuerdos Incompletamente Teorizados y tiene tres categorías en base a dónde se encuentre el acuerdo, si a nivel teórico general y abstracto, a nivel de principios de nivel medio o a nivel de los resultados particulares (ver Figura 7). Prah indica que los dos primeros tipos de acuerdos son de difícil solución a la hora de llevar a práctica algunas políticas como la de salud ya que originan divergencia. Por ejemplo, la autora nos narra cómo un acuerdo a nivel de principios intermedios ocurrió en el mandato de Clinton a principios de la década de los 90 con respecto a la política del sistema de salud universal. Existía un acuerdo sobre que se necesitaba un sistema de salud universal pero no había acuerdo ni en la teoría general que lo sustentaba ni en las acciones específicas que se llevaron a cabo. Por esta razón, expone Prah, no tuvo éxito esta política. Sin embargo, el último tipo de acuerdo es más esperanzador ya que no requiere que haya acuerdo en teorías abstractas generales ni en principios de orden intermedio, y, no obstante, puede hacer triunfar una política pública ya que sí existe acuerdo a nivel de las acciones específicas (Ruger, 2010).

Figura 13. Capacidades en salud de Jennifer Prah (Ruger, 2010) (traducción propia).

PERFIL DE LA CAPACIDAD DE SALUD	
I. FACTORES INTERNOS	II. FACTORES EXTERNOS
<p>A. Estado de salud y funcionamiento de la salud</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medidas de funcionamiento de salud autoinformado (por ejemplo, SF-36, funcionamiento mental y funcionamiento físico) 2. Medidas de las condiciones de salud (por ejemplo, marcadores biomédicos, diagnósticos biomédicos, enfermedad [por ejemplo, VIH / SIDA, tuberculosis, diabetes, depresión y otros trastornos de salud mental], factores de riesgo [por ejemplo, fumar, hacer ejercicio, dieta, abuso de drogas o dependencia, prácticas de sexo seguro, obesidad, violencia interpersonal]) 	<p>A. Normas sociales</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grado en que las normas de salud son científicamente válidas y basadas en evidencias 2. Grado en que los comportamientos de salud y las habilidades de búsqueda de salud se ven favorablemente (por ejemplo, culturas de abstinencia de alcohol, drogas, actividad sexual) o desfavorablemente (por ejemplo, culturas de abuso de alcohol, obesidad) dentro de la familia) 3. Grado en que un comportamiento de salud es adoptado por una mayoría o minoría de una población en el cultivo (por ejemplo, si la circuncisión es ampliamente aceptada y practicado) y por quien 4. Medida en que la discriminación o antidiscriminación es la norma dominante en la prestación de asistencia sanitaria y servicios de salud pública, que influye en las disparidades en el acceso 5. Normas sobre decisión latitudinal o poder en los contextos sociales o familiares. 6. La capacidad de la sociedad para reconocer y contrarrestar los daños normas sociales y promover las positivas
<p>B. Conocimiento de salud</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento de la propia salud y condiciones de salud (por ejemplo, la persona con VIH, tuberculosis o diabetes sabe lo que tienen y saben cómo manejar la enfermedad?) 2. Conocimiento general de salud y enfermedad, medidas preventivas para proteger la salud y los factores de riesgo para la mala salud (por ejemplo, nutrición y dieta, transmisión de enfermedades y protección [de ETS], saneamiento [lavado de manos y eliminación y almacenamiento de desechos], inmunización [para proteger contra la aparición de la enfermedad], embarazo y nacimiento de un niño) 3. Conocimiento de los costos y beneficios de los comportamientos de salud, estilos de vida, exposiciones 4. Conocimiento de cómo adquirir información y conocimiento de salud (por ejemplo, modos de recopilación de información [proveedor de servicios de salud, Internet, revistas y libros, grupos de interés especial]) 	<p>B. Redes sociales y capital social para lograr resultados de salud positivos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo emocional o instrumental de amigos y familia (por ejemplo, familia y amigos cariñosos y afectuosos que ayudan con tareas o necesidades específicas, como viendo niños, recogiendo niños de la escuela) 2. Existencia de redes disponibles de grupos sociales 3. Grado en el que las redes sociales pueden tener un impacto negativo en la salud (por ejemplo, matones y sus cómplices, la red de "viejos muchachos", la "multitud")
<p>C. Habilidades y creencias para la búsqueda de la salud, autoeficacia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Creencias sobre la capacidad de uno para lograr resultados de salud, incluso en circunstancias adversas 2. Capacidad de adquirir habilidades (por ejemplo, controlar los niveles de glucosa, el uso de condones) y aplicarlos en circunstancias cambiantes para trabajar hacia resultados de salud positivos 3. Confianza en la capacidad de realizar o abstenerse de comportamientos de salud y acciones 	<p>C. Influencias de afiliación grupal: iglesia, unión, comunidad para complementar o contrapesar las normas sociales y la asistencia social en otros contextos de redes sociales</p>
<p>D. Valores y metas de salud</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valor de la salud 2. El valor de los objetivos relacionados con la salud (por ejemplo, los niveles de colesterol) 3. Valor de las elecciones y conductas de estilo de vida (por ejemplo, consumo moderado contra consumo excesivo de alcohol) 4. Capacidad de reconocer y contrarrestar las normas sociales perjudiciales 	<p>D. Circunstancias materiales</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Económico: ingresos y estado de empleo 2. Vecindad y comunidad (por ejemplo, seguridad, ruido, contaminantes ambientales, instalaciones del vecindario y recursos) 3. Agua segura y buen saneamiento 4. Vivienda 5. Seguridad alimentaria 6. Grado en que el entorno inmediato es toxina o libre de enfermedades (por ejemplo, aire tóxico, suelo, agua, inundado con mosquitos infectados con malaria)
<p>E. Autogobierno y autogestión y autogobierno percibido y gestión para lograr resultados de salud</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Habilidades y expectativas de autogestión y autorregulación 2. Capacidad para gestionar situaciones personales y profesionales: capacidad para manejar presiones externas (por ejemplo, niños, trabajo, responsabilidades en el hogar y de familia, finanzas, relaciones maritales y personales) 	<p>E. La seguridad económica, política y social: medida en que los individuos y los grupos se sienten seguros o inseguros en su entorno macrosocial inmediato y más amplio (por ejemplo, cambios más amplios en el ámbito nacional y subnacional sistemas económicos y políticos generadores de empleo, financieros, o la inseguridad política y la perspectiva pesimista, la violencia, actividad criminal)</p>

3. Capacidad de hacer la conexión entre causa y efecto con respecto al comportamiento personal y los resultados de salud; responsabilidad personal
4. Capacidad para dibujar en redes de grupos sociales
5. Visión, dirección, planificación, estrategia y capacidad de hacer elecciones positivas de salud

F. Toma de decisiones efectivas en materia de salud

1. Capacidad de utilizar de manera efectiva tanto el conocimiento como los recursos para prevenir inicio o exacerbación de la enfermedad o prevenir la muerte
2. Capacidad de sopesar los costos y beneficios a corto y largo plazo de los comportamientos y acciones de salud (por ejemplo, fumar)
3. Capacidad para identificar problemas de salud (por ejemplo, emplear pautas de prevención, reconocer signos y síntomas) y perseguir la eficacia prevención y tratamiento
4. Capacidad de tomar decisiones saludables bajo varias condiciones ambientales restricciones (por ejemplo, abstenerse de agua no potable, usar protector solar y mosquiteros)

G. Motivación intrínseca para lograr resultados de salud deseables:

Medida en que la motivación para el comportamiento actual o futuro o cambio es interno (por ejemplo, responsabilidad personal, evaluación personal) o externamente motivado (por ejemplo, mandatos, recompensas, requisitos, presión de grupo)

H. Expectativas positivas sobre el logro de resultados de salud:
Optimista o punto de vista pesimista sobre la vida personal y las perspectivas de salud

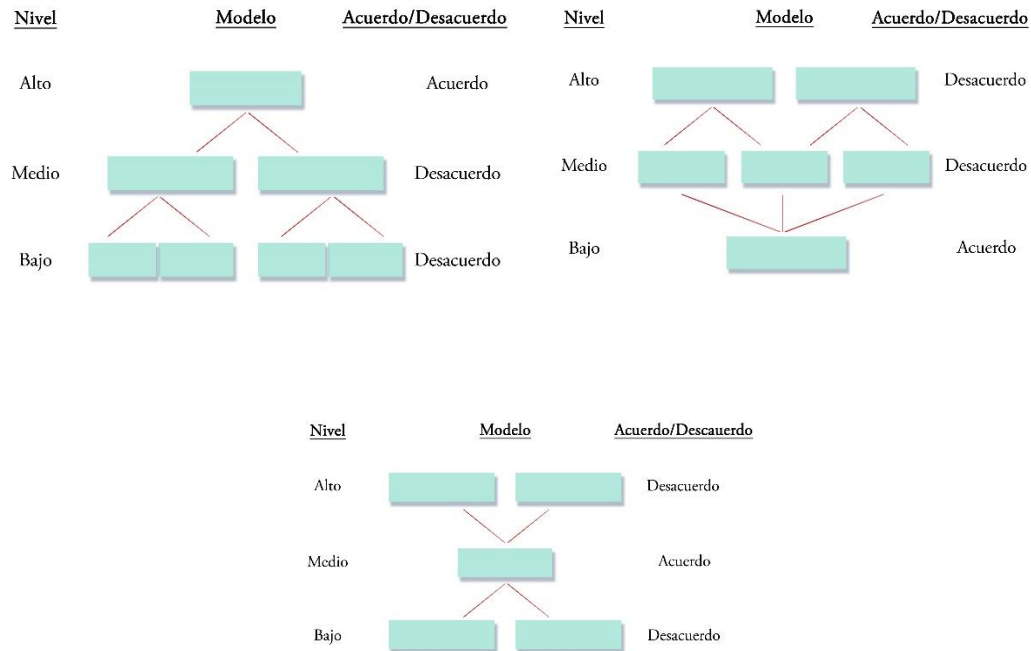
F. Utilización y acceso a los servicios de salud: buscado y

- servicios de salud obtenidos cuando se pensó que era necesario
1. Síntomas graves de malas condiciones de salud (por ejemplo, dificultad para respirar, frecuente o grave dolores de cabeza, dolor en el pecho, bulto en el pecho, fiebre, dolor de espalda o cuello, pérdida del conocimiento)
 2. Síntomas mórbidos de malas condiciones de salud (por ejemplo, tristeza, desesperanza, ansiedad, dolor en la rodilla o la cadera, fatiga o cansancio extremo, dificultad auditiva, caídas u otra lesión importante)
 3. Percepción de la necesidad de ver a un proveedor de salud cuando se sufre un síntoma de salud serio o mórbido
 4. Capacidad de obtener servicios de salud cuando hay una necesidad percibida
 5. Presencia de barreras (por ejemplo, geográfica, financiera, lingüística) para acceder y utilizar los servicios

G. Habilitación de la salud pública y los sistemas de atención de la salud

1. Grado en que la asistencia sanitaria y el sistema del entorno de salud pública interactúa con el individuo para construir y habilitar la agencia de salud (por ejemplo, un asesor de salud para la administración de la diabetes)
2. Grado en que la asistencia sanitaria y el ambiente del sistema de salud pública protegen la salud y la seguridad del público (por ejemplo, suministro de sangre contaminada, seguridad alimentaria y contaminación, regulación de drogas)
3. Eficacia y responsabilidad del cuidado de la salud y del sistema de salud pública.

Figura 14. Acuerdos Incompletamente Teorizados (Ruger, 2010)



Por otro lado, Venkatapuram combina la definición de salud de Nordenfelt con el listado de capacidades básicas de Martha Nussbaum. La definición de salud de Nordenfelt trata de distanciarse de la reducción de la salud a la ausencia de enfermedad que proclama Boorse. Por lo tanto, para Nordenfelt, la habilidad de las personas, dadas las circunstancias estándar, para realizar sus metas vitales, definidas estas como el conjunto de metas necesarias y suficientes (Venkatapuram, 2013). Una de las debilidades de la definición de Nordenfelt, según Venkatapuram, es que no define el contenido de esas metas vitales, aspecto que quiere rectificar complementando la definición de salud con el listado de las diez capacidades básicas de Nussbaum. Venkatapuram defiende la idea de que es el listado completo de 10 capacidades básicas el que da contenido al concepto de salud de Nordenfelt, y no únicamente la capacidad básica número dos que habla de mantener una buena salud. Esta capacidad básica se referiría solo a la ausencia de enfermedades, que como se ha expuesto anteriormente, es una visión muy restringida de la salud, que comprendería un umbral suficiente y digno de todas las capacidades del listado de Nussbaum (Venkatapuram, 2013). Este uso de las capacidades básicas y de los umbrales

suficientes mejora la definición de salud de Nordenfelt haciéndola menos susceptible a las preferencias individuales y aportándole algo más de intersubjetividad. Esta visión aboga por unas políticas públicas en salud orientadas a la ampliación de las capacidades básicas de las personas y de este modo liberarlas de su orientación a la mera lucha contra la enfermedad.

A manera de conclusiones

Los planteamientos éticos expuestos en el apartado anterior no constituyen una teoría de la justicia completa para el enfoque de la SC. Este trabajo se ha limitado a ofrecer algunos caminos o elementos necesarios para la consecución de una teoría ética para aportar fundamentos a las propuestas de la SC, que podrán ser refutados o ampliados en futuras investigaciones.

Aún falta responder las preguntas que hemos planteado al inicio del documento. No es (no podría ser) la intención de este trabajo responder de una vez y para siempre tales cuestionamientos. Pero vale la pena intentar ubicar las respuestas que podrían obtenerse si tuviésemos que definir la comunidad nómica a la que pertenecen quienes diseñaron los programas y buena parte de quienes los operan. Es de esta manera cómo puede avanzarse en el conocimiento y delimitarse con mayor precisión las nuevas preguntas que debemos responder.

Estas preguntas planteadas en la justificación de este trabajo pretenden profundizar sobre las consecuencias de la fundamentación ética de la SC en su hipotética aplicación en los programas públicos de salud, utilizando como ejemplo el programa de prevención y control de dengue de México.

La primera pregunta que se hizo en este trabajo fue sobre cuales deben de ser los objetivos principales para la lucha contra el dengue. La respuesta es clara, para cualquier programa de salud pública, el objetivo debe ser aumentar las capacidades tanto individuales como colectivas de una manera equitativa en las tres dimensiones de justicia. Este cambio es en principio compatible con los planteamientos generales del programa de prevención y control de dengue en México, que expone como objetivos principales el “mejoramiento de la salud” y “cerrar brechas existentes entre los diferentes grupos sociales y regionales” (Secretaría de Salud, 2013:7). De hecho, hay una parte en la que se citan literalmente las capacidades, eso sí, las individuales, como uno de los objetivos del programa (Secretaría de Salud, 2013:9).

Claramente, el enfoque de capacidades supondría unos cambios importantes en el desarrollo de estos planteamientos generales, por ejemplo el uso de conceptos como “estilos de vida saludables” (Secretaría de Salud, 2013:7) resultan problemáticos para este enfoque ya que, por un lado, expresan un monismo valorativo que es poco compatible con la libertad de agencia, y, por otro lado, encapsulan la responsabilidad (a veces hasta

culpa) de la enfermedad en la dimensión individual sin tener en cuenta de manera suficiente la dimensión de oportunidad, de libertad positiva. Tal y como lo expresa Restrepo (2013):

“Dejar de lado la libertad de las personas dentro del espacio evaluativo de la salud equivale a afirmar que todas las personas se encuentran en las mismas condiciones, tienen las mismas oportunidades y cuentan con las mismas capacidades para convertir sus bienes en formas de vida valiosas, lo cual resulta ser una idea bastante ingenua”.

Sobre las preguntas acerca del papel que debe tener la prevención y los determinantes sociales del dengue hay que resaltar la interacción entre las capacidades colectivas con respecto a las capacidades individuales. Aunque son las capacidades individuales junto con la interacción las que generan las capacidades colectivas en una primera instancia, son estas últimas las que dan forma de manera constitutiva las capacidades y agencias individuales. Esto quiere decir que se debe priorizar las acciones a nivel colectivo ya que tendrán un impacto mayor, por ejemplo, cuestiones de saneamiento público, abastecimiento de agua, vigilancia epidemiológica, etc. Por supuesto, esto no quiere decir que se descuide el nivel individual, pero las acciones colectivas que consigan cambios en los determinantes sociales del dengue tendrán un impacto mayor sobre las capacidades y agencias relacionadas con este problema de salud pública.

Un primer paso para este cambio fundamental sería la redefinición y complementación de los ocho indicadores y metas del programa para evaluar las capacidades individuales y colectivas que se estimen oportunas para el programa. El enfoque de capacidades permitiría evaluar no solo dimensiones agregativas propias de fundamentaciones éticas utilitaristas, como por ejemplo el primer indicador del programa, “la letalidad por fiebre hemorrágica de dengue” (Secretaría de Salud, 2013:41); sino también evaluar la dimensión de equidad de la distribución de esa letalidad en la población.

Este último argumento lleva a la segunda pregunta planteada al principio de este trabajo, cómo debe plantearse la equidad en el reparto de beneficios del programa de prevención y control de dengue. Hay que tener en cuenta que el enfoque de capacidades, incluso con el complemento de las capacidades colectivas no defiende la igualdad absoluta de las capacidades. Esto es debido a la complejidad de dimensiones de las capacidades, la igualdad en la dimensión de oportunidad puede dar lugar a injusticia en la dimensión de proceso. Lo que sí aporta este enfoque son herramientas para disminuir las inequidades.

El objetivo del programa debe ser reducir las inequidades injustas a todos los niveles de justicia. El enfoque de capacidades provee herramientas para evaluar estas inequidades a nivel individual y colectivo, de esta forma es capaz de orientar los programas de salud de mejor manera que evaluaciones basadas en recursos o utilidades. Este objetivo es, como ya se ha mencionado, totalmente asumible por el programa tal y como lo expresan los documentos oficiales del programa: “[...] para contribuir y mantener la salud de la población, con especial énfasis en los grupos en situación de desigualdad” (Secretaría de Salud, 2013:9).

La tercera cuestión trata sobre si las acciones del programa deben dirigirse a modificar las causas sociales de la enfermedad (sus determinantes) o los factores proximales más inmediatos, como por ejemplo la densidad vectorial. Los mismos documentos oficiales reconocen la gran importancia de los determinantes sociales (o la determinación social del dengue). Se reconoce la importancia de determinantes como la dotación intradomiciliaria de agua potable, la recolección y disposición final de basuras, las características de las viviendas, la producción de artículos y depósitos desechables que se transforman en criaderos, la inseguridad, el cambio climático y la demografía (Secretaría de Salud, 2013:24-25). Sin embargo, como la misma Secretaría de Salud (2013:15) reconoce, estos determinantes son “ampliamente conocidos pero poco intervenidos”. De hecho, ninguno de los ocho indicadores o metas del programa¹³ se proponen una mejora en los determinantes sociales.

En este rubro sería donde más cambios implicaría el uso de los fundamentos éticos de la SC, ya que el enfoque de capacidades, junto al enfoque de derechos, harían hincapié en impactar en las libertades positivas de las personas, es decir en sus oportunidades reales individuales y sociales para conseguir el logro de salud con respecto a dengue. Por supuesto el desarrollo de todas estas capacidades se tendría que realizar por medio de la cooperación entre distintos sectores, agencias y organismos. Tal y como lo expresa la Secretaría de Salud (2013:15):

¹³ Los indicadores o metas del programa son: 1) Letalidad por fiebre hemorrágica por dengue. 2) Incidencia por dengue por cada 100 mil habitantes. 3) Capacitación al personal operativo con perspectiva de género para la atención y manejo clínico de pacientes con dengue. 4) Comités Estatales de Prevención y Control del Dengue en funcionamiento. 5) Medición del índice de condición de vivienda en municipios prioritarios. 6) Desarrollar la vigilancia entomológica con ovitrampas en los municipios prioritarios. 7) Operar unidades entomológicas de bioensayo. 8) Registro permanente de las acciones de prevención y control en la plataforma de vigilancia entomológica y control integral del vector.

“el PAE [Programa de Acción Específica de Prevención y Control de Dengue] deberá orientarse al reconocimiento y abordaje intersectorial y comunitario efectivo de los factores de riesgo que contribuyen a la persistencia de la transmisión, aun cuando éstos se ubiquen fuera del ámbito de acción del Sector Salud”.

Esto no quiere decir que las acciones de control vectorial dejen de ser parte del programa, sino que pasaría de ser las acciones prioritarias, a acciones de nivel secundario para casos de urgencia o brote. De hecho, los documentos oficiales ya explicitan la necesidad de impactar más en estos determinantes para bajar la utilización de insecticidas para el control vectorial (Secretaría de Salud, 2013:15); aunque luego este discurso se quede en las introducciones y marcos conceptuales de los documentos oficiales sin tener un impacto real en los indicadores y metas como ya se ha expuesto.

Por último y para complementar el análisis aquí expuesto, quedaría responder qué lugar (si es que tiene alguno) tendría la participación en el programa de prevención y control de dengue.

En la dimensión participativa el enfoque propuesto capta muy bien el alcance de enfermedades emergentes como el dengue. La importancia de esta participación de la comunidad es acertadamente expuesta en los documentos oficiales de la Secretaría de Salud (2013:25). En estos se subraya la baja participación de la población y de los municipios afectados, a pesar de que la población sí está informada de las acciones de prevención personal del dengue.

El enfoque ético aquí expuesto propone que la mera información a la población no es equivalente a la participación real y ese es uno de los motivos por los cuales no se obtienen resultados. Para que la participación sea efectiva debe promoverse a partir de los grupos intermedios como las universidades y asociaciones civiles. Conjuntamente, se necesita permitir y promover la participación ciudadana en el diseño, en la ejecución y en la evaluación del programa, y no meramente en las acciones de prevención personal.

La participación debe originarse desde la creación de los objetivos del programa. Como se ha dicho anteriormente, se necesita establecer qué conjunto de capacidades individuales y colectivas son necesarias potenciar mediante el programa de prevención y control de dengue. Desde ese mismo momento debe partir la participación de la población.

Aunque el listado de capacidades centrales de Nussbaum y las capacidades en salud de Prah pueden servir de marco para establecer las capacidades sobre las que hay que incidir en el programa de prevención y control de dengue, estas capacidades deben elegirse de

una manera lo más participativa y democrática posible. Lógicamente el programa tiene una legitimidad democrática formal, pero esto no debe ser una excusa para no permitir otras formas de participación ciudadana. La interacción con las comunidades intermedias no solo es un requerimiento de justicia, sino también, la principal estrategia para obtener los mejores resultados posibles.

Estas serían las acciones referentes a la participación en lo que Fraser llama la dimensión de política ordinaria. La otra dimensión de la participación que resulta clave en la prevención y control de dengue es la metapolítica, es decir, la que está más allá de las fronteras del Estado nación. Se debe organizar la participación a nivel supranacional debido a que la emergencia del dengue está relacionada con determinantes sociales que a su vez son procesos transnacionales, tales como los procesos de urbanización o el cambio climático. Es necesario por lo tanto desarrollar escenarios de colaboración y debate a niveles supranacionales para la lucha contra el dengue. La participación democrática empieza desde elegir la forma de esta colaboración (internacional o cosmopolita), hasta los contenidos de esta participación.

Todas estas respuestas, como se ha dicho anteriormente, se exponen a modo de conclusiones y como ejemplo de una posible aplicación de una propuesta que es, a todas luces, incompleta. Por lo tanto, existen muchas limitaciones. En primer lugar, el modelo de fundamentación ética desde la SC propuesto tiene la intención, no solo de poder aplicarse al Programa de Prevención y Control de Dengue, sino de aplicarse a cualquier programa de salud pública. Por lo tanto, habrá que analizar si el ejemplo aquí expuesto es representativo de otros programas de salud pública. Es necesario analizar profundamente desde la perspectiva ética los programas de salud pública actuales, definiendo si hay programas que estén éticamente mejor diseñados que otros y poder establecer prioridades a la hora de mejorar estas fundamentaciones desde la ética.

Por último, cabe resaltar algunas de las preguntas generadas por este trabajo. Por un lado, se visibiliza la urgencia de un debate ético para fundamentar los programas de salud pública y por otro se abre un debate sobre las opciones éticas de la SC para posicionarse de una manera crítica en tales debates. Dada la importancia de las preguntas como maquinaria que impulsa el pensamiento, el hecho de que este trabajo finalice con más preguntas que respuestas se considera un éxito en sí, a pesar de todas las limitaciones anteriormente expuestas.

Referencias

- Abbagnano, N.**, (2016). *Diccionario de Filosofía*. Cuarta edición, México, Fondo de Cultura Económica.
- Arnsperger C. y Van Parijs P.** (2002) *Ética económica y social*. Barcelona, Paidós.
- Baum, Nancy M., et al.**, (2007). *Looking Ahead: Addressing Ethical Challenges in Public Health Practice*. En *Global Health Law, Ethics, and Policy*, Winter, pp. 657-667
- Berlin, I.**, (2001). *Dos conceptos de libertad y otros escritos*. Alianza.
- Bhatt, S., et al.**, (2013). *The global distribution and burden of dengue*. En *Nature* 496, 7446, pp. 504-507
- Blanco, J. H., & Maya, J. M.** (1997). *Fundamentos de salud pública*. Medellín: CIB.
- Cardozo, C. et al** (2006). *Ética y odontología. Una introducción*. Santiago de Chile, Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética.
- Carlo P, et al.**, (2010). *Personalism for public health ethics*. *Ann Ist Super Sanità*. 46(2), pp. 204–9.
- Cejudo Córdoba, R.**, (2007). *Capacidades y libertad: una aproximación a la teoría de Amartya Sen*. *Revista internacional de sociología* LXV (47), 9-22
- Childress JF et al.**, (2002). *Public health ethics: mapping the terrain*. *J Law Med Ethics*. 30(2), pp. 170–8.
- Committee for the Study of the Future of Public Health, Division of Health Care Services, Institute of Medicine**, (1988) *The Future of Public Health*. Washington, D.C.: National Academy Press: at 1 citado en **Childress JF et al.**, (2002). *Public health ethics: mapping the terrain*. *J Law Med Ethics*. 30(2), pp. 170–8.
- Cortina, A.**, (2000). *Ética sin moral*. Tecnos.
- Cortina, A.** (2002). *Por una ética del consumo*. Madrid. Taurus.
- Cortina, A. y E. Martínez**, (2008). *Ética*. Edición 4ª Madrid, España, Editorial Akal.
- Coughlin, SS.**, (2008). *How Many Principles for Public Health Ethics?* *Open Public Health J*. Jan, 1: pp. 8–16.
- Daniels, N.**, (2012). *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*. Séptima impresión, New York, Cambridge University Press.
- Deneulin, S.**, (2011). *Advancing human development: Values, groups, power and conflict. In Overcoming the persistence of inequality and poverty* (pp. 127-148). Palgrave Macmillan, London.
- Deneulin, S.**, (2014). *Creating more just cities: The right to the city and capability approach combined* (No. 32). *Bath Papers in International Development and Wellbeing*.
- Dieterlen, P.**, (2015) *Justicia distributiva y salud*. Fondo de Cultura Económica, editor. México D.F.: Biblioteca de Ética y Bioética.

- Dubois Migoya, A.**, (2008). *El debate sobre el enfoque de las capacidades: las capacidades colectivas*. Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades, 10(20).
- Dubois Migoya, A.**, (2012). *El desarrollo de las capacidades colectivas y la economía social y solidaria: una propuesta teórica*. In Comunicación. VII Congreso Internacional Rulescoop Economía social: identidad, desafíos y estrategias. Valencia.
- Etxeberria, X.**, (1998) *Ética básica*. Bilbao, Universidad de Deusto.
- Evans, P.**, (2002). *Collective capabilities, culture, and Amartya Sen's Development as Freedom*. Studies in comparative international development, 37(2), 54-60.
- Fainstein, S. S.**, (2010). *The just city*. Cornell University Press.
- Ferrajoli, L.**, (2004). *Derechos y Garantías: la ley del más débil*. 4ª edición. Trotta.
- Fraser, N.**, (2012). *Escalas de justicia*. Herder Editorial*.
- Frenk, J.** (2003). *La salud de la población.: Hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica.
- Gargarella, R.**, (1999). *Las teorías de la justicia después de Rawls: un breve manual de filosofía política*. Paidós Ibérica.
- Granda, E.**, (2004). *A qué llamamos salud colectiva, hoy*. Revista Cubana de Salud Pública, 30(2), 0-0.
- Cohen, G. A.**, (2009). *Rescuing justice and equality*. Harvard University Press.
- Gough, S.**, (2006). *Hypothetical markets: educational application of Ronald Dworkin's sovereign virtue*. Journal of philosophy of education, 40(3), 287-29.
- Gostin, L. O.**, (2003). *Public health ethics: tradition, profession, and values*. Acta bioethica, 9(2).
- Ibrahim, S.**, (2013). *Collective capabilities: What are they and why are they important*. E-Bulletin of the Human Development & Capability Association, 22.
- Jennings, B.**, (2007). *Public health and civic republicanism: Toward an alternative framework for public health ethics*. Ethics, prevention and public health, 30-58.
- Lee, LM.**, (2012). *Public health ethics theory: review and path to convergence*. En *J Law Med Ethics*. Vol. 34, Nº 1, pp. 85-98.
- Lolas, F.**, (2003). *Public health and social justice. Toward ethical sustainability in healthcare and research*. Acta Bioethica, 9(2).
- López Arellano O.** (2013). *Determinación social de la salud. Desafíos y agendas posibles*. *Divulgação em Saúde para Debate* (49), 144-150.
- López Arellano O, López Moreno S y Moreno Altamirano A** (2015) *El derecho a la salud en México*. En **López Arellano y López Moreno** (coord.) *El derecho a la Salud en México*. México. Universidad Autónoma Metropolitana.
- MacIntyre, A. C.**, (1987). *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica*.
- Mann, Jonathan M.**, (1996). *Health and human rights*. BMJ: British Medical Journal, vol. 312, no 7036, p. 924.

- Manrique Nava C,** (2011). *Principios Éticos Propuestos para la Salud Colectiva*. Ensayos Selectos en Bioética.
- Nino C,** (2013) *Ocho lecciones sobre ética y derecho*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- Nozick, R.,** (1988). *Anarquía, Estado y utopía* (Vol. 56). Medellín: Fondo de cultura económica.
- Nuffield Council on Bioethics,** (2007). *Public health: ethical issues*. [En línea] Londres, disponible en <http://nuffieldbioethics.org/project/public-health> [Accesado el día 06 de marzo de 2018].
- Nussbaum, M.,** (2003). *Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice*. *Feminist economics*, 9(2-3), 33-59.
- Organización Mundial de la Salud,** (2009). *Dengue guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control: new edition* [En línea]. Francia, disponible en <http://www.who.int/tdr/publications/documents/dengue-diagnosis.pdf> [Accesado el día 30 de enero de 2018]
- Outón Lemus, M.,** (2011). “Éthos médico y techné” en Chapela Mendoza, MC. y ME. Contreras Garfias, (coords.). *La salud en México: Pensar el futuro de México*. México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Pan American Health Organization Directing Council,** (2012) *Bioethics: towards the integration of ethics in health. Concept paper*. 28th Pan American Sanitary Conference, 64th Session of the Regional Committee; Washington, DC, USA; Sept 17–21, (CSP28/14, Rev.1) [en línea] disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18416&Itemid=&lang=en [Accesado el día 24 de abril de 2018].
- Pelenc, J., Bazile, D., y Ceruti, C.,** (2015). *Collective capability and collective agency for sustainability: A case study*. *Ecological economics*, 118, 226-239.
- Petrini C, et al.,** (2008). *A personalist approach to public-health ethics*. *Bull World Health Organ. Switzerland*; Aug;86(8):624–9.
- Petrini C.,** (2010). *Theoretical models and operational frameworks in public health ethics*. *Int J Environ Res Public Health*. Jan,7(1), pp. 189–202.
- Pieper, A.M.** (1991). *Ética y Moral*. Barcelona, Crítica. Citado en **Etxeberria, X.,** (1998). *Ética básica*. Bilbao, Universidad de Deusto.
- Pimentel Gameiro, I.,** (2017). *A saúde como metacapacidade: redefinindo o bem jurídico*. *REVISTA QUAESTIO IURIS*, 10(4), 2236-2256.
- Rawls, J.** (2014). *Teoría de la justicia*. Segunda edición en español, décima reimpresión. Fondo de cultura económica.
- Restrepo, D., & Cardeño, C. A.,** (2010). *Trastornos de sueño en los pacientes en diálisis*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 13.
- Reyes Morel, A.,** (2008). *Comunidades de significación como capacidades colectivas: Una revisión comunitarista de la teoría de Amartya Sen*. *Areté*, 20(1), 137-166.
- Roberts, Marc J. y Reich, Michael R.,** (2002). *Ethical analysis in public health*. *The Lancet*, vol. 359, no 9311, p. 1055-1059.

- Ruger, J. P.**, (2006). *Toward a theory of a right to health: capability and incompletely theorized agreements*. Yale journal of law & the humanities, 18(2), 3.
- Ruger, J. P.**, (2007). *Health, health care, and incompletely theorized agreements: a normative theory of health policy decision making*. Journal of health politics, policy and law, 32(1), 51-87.
- Prah Ruger, J.**, (2010). *Health capability: conceptualization and operationalization*. American journal of public health, 100(1), 41-49.
- Sade, R. M.** (2002), *Medicine and Managed Care, Morals and Markets*, en Bondeson, W. y J. Jones [eds.], *The Ethics of Managed Care: Professional Integrity and Patient Rights*, Boston: Kluwer Academic Publishers. Citado en **Zúñiga-Fajuri, A.** (2011). *Teorías de la justicia distributiva: una fundamentación moral del derecho a la protección de la salud*. Convergencia, 18(55), 191-211.
- Sandel, M.** (2008). *Filosofía pública. Ensayos sobre moral en política*. Barcelona. Ediciones Marbot*.
- Sandel, M.**, (2011). *Justicia. ¿Hacemos lo que debemos?* Debate*.
- Satz, D.** (2015). *Por qué algunas cosas no deberían estar en venta: los límites morales del mercado*. Siglo XXI Editores Argentina*.
- Sciegaj M., et al.**, (1987). *A framework for applying ethical theory to public health practice*. Fam Community Health. Estados Unidos de America; May; 10(1):15–23.
- Secretaría de Salud**, (2013) *Programa de Acción Específico. Prevención y Control de Dengue*. [En línea] México. Disponible en: www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/PAE_PrevencionControlDengue2013_2018.pdf [Accesado el 20 de febrero de 2018]
- Segall S.**, (2009) *Health, luck, and justice*. Princeton University Press.
- Sen, A.**, (2012) *La idea de la justicia*. Taurus.
- Shickle D. et al.**, (2007). *Public policies, law and bioethics: A framework for producing public health policy across the European Union* [En línea]. University of Leeds. 1-304 p. Disponible en: http://eprints.whiterose.ac.uk/100247/1/EuroPHENfullreport_libre.pdf [Accesado el 19 de marzo de 2018]
- Spiegel, J. et al.**, (2005). *Barriers and bridges to prevention and control of dengue: the need for a social–ecological approach*. En *EcoHealth*, 2, pp. 273-290.
- Stewart, F., & Deneulin, S.**, (2002). *Amartya Sen's contribution to development thinking*. Studies in Comparative International Development, 37(2), 61-70.
- Ten Have M. et al.**, (2010). *An overview of ethical frameworks in public health: can they be supportive in the evaluation of programs to prevent overweight?* BMC Public Health.10, p. 638.
- Thomas J. et al.**, (2002). *Am J Public Health* 92(7), pp 1057-1059.
- Toboso Martín, M., & Arnau Ripollés, M.**, (2008). *La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen*. Araucaria. Revista iberoamericana de filosofía, política y humanidades, 10(20).
- Trejo G. y Jones C.**, (1993). *Contra la pobreza*. Cal y Arena.

Urquijo Angarita, M. J., (2008). *La libertad como capacidad: el enfoque de las capacidades de Amartya Sen y sus implicaciones en la ética social y política*. Cali: Universidad del Valle.

Vega Romero, R. (2002). *Dilemas éticos contemporáneos en salud el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social*. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 1(2).

Venkatapuram, S., (2013). *Health, vital goals, and central human capabilities*. Bioethics, 27(5), 271-279.

Wilson J., (2009). *Towards a normative framework for public health ethics and policy*. Public Health Ethics. 2(2), pp.184-194.

Zúñiga-Fajuri, A. (2011). *Teorías de la justicia distributiva: una fundamentación moral del derecho a la protección de la salud*. Convergencia, 18(55), 191-211.

* Los documentos que contienen un asterisco al final de la referencia son versiones digitales y, por lo tanto, la numeración de las páginas puede no coincidir con su versión impresa.