

La vida y el sufrimiento más allá del cuerpo

Life and Suffering beyond the Body

A vida e o sofrimento além do corpo

Rubén Darío Gómez-Arias¹

1 MD., MSP., DSP. Profesor jubilado; Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad-Gómez. Universidad de Antioquia. Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, Medellín, Colombia. Correo electrónico: rubengomez33@gmail.com

Recibido: 01/04/2018. Aprobado: 04/06/2018. Publicado: 23/07/2018

Gómez-Arias RD. La vida y el sufrimiento más allá del cuerpo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2018; 36(Supl 1): 103-129

Resumen

Este artículo se propone introducir en los debates actuales en salud pública, algunos enfoques sobre la vida y la enfermedad, los cuales intentan desligarse de la medicalización, valorando las experiencias vitales a partir de categorías más amplias. A pesar de la hegemonía del enfoque medicalizado de la salud y las enfermedades, los cambios socioeconómicos que ocurren desde principios del s. XX, han dado origen a otras perspectivas, más acordes con los nuevos contextos. En el ámbito de los regímenes Keynesianos la salud se concibe en términos de “bienestar”, a cargo del Estado benefactor. Resuelta la crisis, el neoliberalismo desmonta la concepción bienestarista, y la salud se asume como un factor de crecimiento económico que cada individuo debe resolver mediante el consumo de medicamentos y servicios médicos, en mercados libres no regulados por el Estado; el modelo neoliberal considera que las necesidades relacionadas con la salud configuran un mercado y deben administrarse como

transacciones comerciales. Las críticas al modelo bienestarista de la OMS destacaban el carácter estático e idealizado de su definición y proponían en cambio hablar del proceso salud-enfermedad como una experiencia dinámica. Finalmente, desde el capitalismo con rostro humano, algunos pensadores proponen superar las perspectivas negativas y patocéntricas, concibiendo la salud en términos positivos como capacidades y potencialidades. A partir del Estado benefactor, la salud se va configurando como un derecho humano fundamental, cuya conceptualización y puesta en práctica ha enfrentado múltiples dificultades. Al final del artículo se analizan las principales nociones de necesidad humana y su relación con la salud. Se espera que este seminario suscite debates y reflexiones que permitan avanzar en la conceptualización y atención de la salud y el sufrimiento.

-----*Palabras clave:* Disentimientos y Disputas, Bienestar social, Factores socioeconómicos, Valor de la vida, Paradigma

Abstract

This article aims to introduce some approaches about life and sickness within the current debates around public health. Such approaches intend to detach from medicalisation, valuing vital experiences, starting from broader categories. Despite the hegemony of the health and sickness medicalised approach, the socioeconomic changes that have been happening since the beginning of the 20th Century have originated other perspectives, that are more in line with the new contexts. Within the Keynesian regimes, health is conceived in terms of "wellbeing", which is responsibility of the Welfare State. Once the crisis is solved, Neoliberalism disassembles the Welfarist conception. The health is assumed as an economic growth factor that each person must solve by consuming medicaments and medical services, in free markets not regulated by the State. The Neoliberalist model considers that the health-related needs constitute a market and should be administered as commercial

transactions. The criticism to the WHO's Welfarist model highlights the static and idealist characteristics of its definition, and proposed instead to talk about the health-sickness process as a dynamic experience. Finally, from Capitalism with human face, some thinkers propose to overcome the negative and Pathocentric perspectives, conceiving health in positive terms, like capacities and potentialities. With the Welfare State, health is gradually configured as a fundamental human right. However, its conceptualization and exercise have faced various difficulties. At the end of the article, the main notions on human needs and their relation with health are analysed. It is expected that this seminar originates debates and reflections that allow to go forward in the conceptualisation and attention to health and suffering.

-----*Keywords:* Disagreements and Disputes, Social Wellbeing, Socioeconomic Factors, Life Value, Paradigm

Resumo

Este artigo visa introduzir alguns enfoques sobre a vida e a doença nos atuais debates sobre saúde pública. Estes enfoques tentam desligar-se da medicalização, valorando experiências vitais, partindo de categorias mais amplas. Apesar da hegemonia do enfoque medicalizado da saúde e das doenças, as mudanças socioeconômicas que acontecem desde inícios do século XX têm originado outras perspectivas, mais apropriadas para os novos contextos. No contexto dos regimes keynesianos, a saúde é percebida em termos de "bem-estar", responsabilidade do Estado benfeitor. Resolvida a crise, o neoliberalismo desmonta a concepção bem-estarista, e a saúde passa a ser um fator de crescimento econômico, que cada indivíduo deve resolver consumindo medicamentos e serviços médicos, nos mercados livres não regulados pelo Estado. O modelo neoliberal considera que as necessidades relacionadas com a saúde configuram um mercado e devem administrar-se como

transações comerciais. As críticas ao modelo bem-estarista da OMS destacavam o estilo estático e idealizado da sua definição. Em contrapartida, propunham falar do processo saúde-doença como uma experiência dinâmica. Finalmente, do capitalismo com rosto humano, alguns pensadores propõem ultrapassar as perspectivas negativas e patocêntricas, percebendo a saúde em termos positivos, como capacidades e potencialidades. Partindo do Estado benfeitor, a saúde gradualmente configura-se como um direito humano fundamental, cuja conceptualização e prática têm enfrentado várias dificuldades. No final do artigo, analisam-se as principais noções de necessidade humana e a sua relação com a saúde. Espera-se que este seminário propicie debates e reflexões que permitam avançar no conceito e no atendimento da saúde e do sofrimento.

-----*Palavras-chave:* Dissentimentos e Disputas, Bem-estar social, Fatores socioeconômicos, Valor da vida, Paradigma

Perspectivas no médicas de salud y enfermedad

Tal como se ha revisado en artículos anteriores de estas *Notas de clase*, la salud y la enfermedad han sido definidas de forma muy variada a lo largo de la historia; pero en general ha predominado el paradigma biomédico. Dicho enfoque se ha centrado en el funcionamiento del cuerpo biológico, interpretado a su vez desde las reglas de un entorno socioeconómico que estimula la productividad y el consumo. Desde el enfoque medicalizado que se ha impuesto al pensamiento actual, el cuerpo es una máquina sometida a las normas del sistema político, y la salud humana se

reduce mejorar su funcionamiento. A pesar de la fuerza política de este paradigma, desde mediados del s. XX, varios pensadores han planteado modelos alternativos para concebir la salud y las enfermedades; algunos de estos modelos introducen retos conceptuales y prácticos que ameritan su inclusión en los debates. En los párrafos siguientes vamos a introducir los planteamientos más importantes:

Salud: ¿Bienestar humano o rentabilidad económica?

En su calidad de representación social, las nociones de salud y enfermedad se han ajustado siempre a los modelos económicos y políticos predominantes en cada momento histórico. Entre los sistemas económicos y políticos que más influyen actualmente en la forma de

entender este asunto, vamos a destacar dos: El paradigma bienestarista de los Estados keynesianos y el modelo de mercado de las economías liberales.

Los Estados keynesianos: la salud como derecho

Entre 1930 y 1950 se presentaron en el mundo, tanto en Norteamérica como en Europa profundas crisis, tanto de la sociedad en general como del mercado capitalista. Al terminar la Segunda Guerra Mundial, el interés de la sociedad europea se volcó sobre las necesidades básicas insatisfechas de amplios sectores de la población que experimentaban las graves consecuencias del conflicto. Enfrentados a la superación de la crisis, los gobiernos europeos consideraron que éstas no podían superarse sin una acción decidida del Estado, al cual se responsabilizó de intervenir la economía para reactivar el mercado, mejorar el consumo y superar la crisis humanitaria. Con este propósito los gobiernos acordaron, entre otras medidas, que el Estado debía intervenir activamente en la dinámica social, centrando su gestión en mejorar el empleo y resolver las necesidades insatisfechas de la población, mediante la puesta en marcha de diferentes programas y servicios dirigidos al público (hospitales, escuelas, vías de comunicación...). Esta forma de organización del poder, de los recursos y de las instituciones ha recibido varios nombres: *Estado interventor*, *Estado de bienestar*, *Estado benefactor*, y *Estado Keynesiano*, por su concordancia con las teorías económicas de Keynes. En términos generales, este ajuste que hace el capitalismo a su modelo económico y político considera que no es posible mantener el orden social ni el funcionamiento de los mercados libres, si no se mejora la capacidad de la población para producir y consumir. Dicho propósito implicaba organizar un Estado fuerte, competente para intervenir la economía, recaudar impuestos, controlar los bienes públicos y mejorar el bienestar de una población sometida a la precariedad por el conflicto. En los países europeos, donde hubo desde el siglo XIX una fuerte concepción de ciudadanía y de derechos civiles, los Estados de bienestar asumieron la responsabilidad esencial de responder por las necesidades de la gente en materia de sanidad, educación, vivienda, empleo, pensión de vejez y servicios públicos, con el fin de superar la crisis económica [1]. Ante la amenaza del comunismo y las presiones de la población, los países capitalistas debieron reconocer la importancia de las necesidades básicas que se fueron configurando como derechos humanos.

En el contexto social y económico de la posguerra europea, donde el principio fundamental era *el bienestar*, entendido como el consumo de bienes y servicios básicos centrados en las necesidades básicas de la población, se crearon la Organización de las Naciones Unidas ONU y la Organización Mundial de la Salud

OMS. No es casual entonces que estos organismos hayan adoptado las categorías del modelo bienestarista. En 1948, la ONU adoptó la Declaración Universal de los Derechos humanos, que en el artículo 25 incluye la salud como un derecho de todos los individuos y sus familias [2]. Por su parte, la OMS definió la salud como el *estado de completo bienestar*, una figura muy evocadora de la utopía del momento [3]. Para los Estados keynesianos, la salud es esencialmente uno de los múltiples componentes del bienestar, y como tal uno de los objetos esenciales de las políticas públicas y de la inversión social. El interés de los Estados keynesianos por el bienestar no sólo impulsó alrededor del mundo una noción más integral de salud, que intentaba superar la ausencia de enfermedad, sino también la creación y puesta en marcha de sistemas estatales de prestación de servicios dirigidos a controlar las condiciones ambientales, culturales y económicos involucrados en el bienestar de la gente. Dichos sistemas, administrados directamente por el Estado, eran financiados con impuestos y ofrecidos gratuitamente a la población; algo que ya había hecho Rusia desde la revolución socialista y que luego adoptaron los gobiernos vinculados a la Unión Soviética. El reconocimiento oficial de la salud como una necesidad básica de toda persona, como un asunto de interés público ligado al desarrollo económico, y como un derecho humano, implica en el fondo superar la noción medicalizada de las ciencias modernas. Sin embargo, la propuesta bienestarista no ha logrado hasta hoy contrarrestar el paradigma liberal tradicional, que sigue considerando la salud y la enfermedad como un asunto médico individual, de interés particular.

El neoliberalismo: La salud como mercado

El Keynesianismo fue adoptado por los aliados como la tabla de salvación del capitalismo para superar la crisis de la postguerra; pero sus estrategias suponían una profunda contradicción con los principios clásicos del mercado liberal, y desde sus inicios enfrentó serias críticas surgidas del interior mismo del sistema capitalista. A pesar de ello, la estrategia cumplió su cometido, y en el período que siguió a la guerra, los Estados keynesianos no solamente contribuyeron a superar la crisis social y económica europea, sino que en menos de 15 años lograron una aceleración tan marcada del enriquecimiento, que ha recibido el nombre de *“edad de oro del capitalismo”* [4]. En este breve período, y con el apoyo de los Estados keynesianos, el capitalismo no solamente se recuperó, sino que se fortaleció; y la acumulación de capital generada por la reactivación de los mercados buscó nuevas fuentes de inversión que no tardaron en chocar con los mismos principios reguladores del Estado intervencionista que los había sacado de la crisis. Buscando apropiarse de los bienes

y servicios públicos que venían siendo administrados por los gobiernos intervencionistas, las políticas neoliberales impulsaron el desmantelamiento de los Estados de bienestar y promovieron la privatización de los bienes y recursos públicos. La figura del bienestar social como objetivo de las políticas gubernamentales, fue reemplazada por la noción de “desarrollo social”, un concepto que se entendía como sinónimo de crecimiento financiero, y que era más compatible con las aspiraciones del capitalismo clásico.

A la luz del nuevo paradigma económico, el objetivo de los Estados cambió. Su responsabilidad ya no fue resolver las necesidades básicas de la población, sino asegurar un tipo de mercado que facilitara la acumulación de la riqueza. Desde 1980, el modelo capitalista que se fortaleció en la postguerra, inspirado en las teorías de Milton Friedman, y con apoyo del Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, el Gobierno norteamericano y los grandes grupos financieros, ha venido imponiendo en el mundo una forma más agresiva de concentrar la riqueza mediante el debilitamiento de los gobiernos de la periferia y la privatización de los bienes públicos. Esta corriente que recibe el nombre de “neoliberalismo”, implica cambios profundos en relación con la comprensión de la naturaleza y de los procesos sociales y económicos, los cuales se interpretan e intervienen desde la rentabilidad económica. Una vez superada la crisis de la postguerra, los ideólogos del neoliberalismo arreciaron sus críticas contra los planteamientos keynesianos acerca del bienestar y de la responsabilidad estatal, que acusaban de estáticos, paternalistas, ineficaces, ineficientes y burocratizados. En el fondo, las críticas a los modelos del bienestar provenían de los grupos económicos poderosos y del gran capital, quienes veían en los Estados keynesianos un obstáculo para el enriquecimiento de los inversionistas, y percibían en el sector de los bienes y servicios públicos un mercado potencial de alta rentabilidad. Al tiempo que se ocupaba en desprestigiar el paradigma del bienestar, el capitalismo propuso la idea del crecimiento económico competitivo como el nuevo modelo explicativo de la dinámica social; en opinión de los ideólogos neoliberales, si la riqueza aumenta se derrama entre los pobres (“efecto derrame”, “teoría del goteo” o “trickle down effect”) [5,6]; por consiguiente, la eliminación de la pobreza se logra fortaleciendo la capacidad de los inversionistas y comerciantes en cada país con el propósito de mejorar su producción, e incorporarlos activamente al sistema de los mercados globales en calidad de consumidores o de productores. Sus hipótesis ideológicas se han convertido desde entonces en axiomas que los economistas y políticos defienden y nos repiten como verdades incuestionables: “Hay que apoyar a los inversionistas y comerciantes,

porque en la medida en que ellos se enriquezcan generarán más empleos, mejorarán los salarios de sus empleados y redistribuirán sus riquezas con justicia”.

Una vez se superó la crisis, el capitalismo dejó de considerar el bienestar como asunto público prioritario, e impuso su propuesta desarrollista de fortalecer el crecimiento económico en espacios sociales no regulados, donde los agentes económicos pudieran competir por los recursos sin controles externos.

Por la época en que los países europeos aplicaban aún el modelo keynesiano, los gobiernos latinoamericanos ya habían impuesto en la región un modelo económico que concebía el desarrollo social en términos del enriquecimiento económico. Desde la década de 1960, el “desarrollo social” se entendía como un proceso cuantitativo, homogéneo, global, irreversible y deseable, al que están sometidos todos los grupos humanos y que se refleja en la acumulación de riqueza económica [7,8]. Este paradigma consideraba que el mejor ejemplo a seguir son los países capitalistas industrializados, cuyo modelo debe regir para las demás regiones del mundo. *Latinoamérica es una región “subdesarrollada” porque aún no ha incorporado plenamente las reglas del capitalismo; cuando adopte las reglas de los países ricos, logrará desarrollarse.* Influenciados por esta forma de pensar, y con frecuencia de manera inconsciente, los académicos y los políticos de la época comenzaron a mostrar un interés cada vez mayor por relacionar la salud con los ideales del desarrollismo económico, proponiendo explicaciones y acciones en las cuales subyace la carga ideológica y política del modelo capitalista [9-11].

Desde la perspectiva de los economistas liberales, la salud viene asumiendo dos dimensiones complementarias:

- **La salud es una condición para el crecimiento económico.** Por una parte, la salud se considera no sólo el resultado sino también la causa del desarrollo social. Se considera que los problemas de salud de una población comprometen la capacidad productiva de un país y limitan sus capacidades de consumo y desarrollo social; por su parte, el grado de salud de una población se interpreta como reflejo del grado en que una sociedad ha logrado resolver sus necesidades fundamentales, y en tal sentido los indicadores clásicos de morbimortalidad son indicadores de desarrollo. De acuerdo con estos argumentos, la noción de salud trasciende el ámbito biológico y se convierte en un asunto económico. En otras palabras, mantener la salud de sus habitantes se reconoce como un determinante del desarrollo económico y social de los países [9]. En esta línea de pensamiento, el capitalismo se ve obligado a mantener un nivel mínimo de salud en la

población, porque de ello dependen la producción y la reproducción del modelo.

- **La salud configura un mercado y se administra como los demás mercados.** Reconocer la importancia económica de la salud no implica, sin embargo, que los Estados neoliberales se responsabilicen por su cuidado. Por el contrario, en el marco de la ideología utilitarista que subyace en el fondo del capitalismo, la salud es considerada como un asunto individual que las personas deben resolver por sí mismas, mediante la compra de bienes y servicios disponibles en los mercados. Desde esta óptica, las teorías económicas liberales vienen describiendo los servicios de salud como mercancías, con valor de uso y valor de cambio, que los agentes sociales pueden comprar y vender libremente en los mercados. El cuidado de la salud se va reconociendo como un mercado rentable, donde los proveedores de servicios deben competir para atraer aquellos consumidores que tengan capacidad de pago. Para lograr el control de los mercados, los ideólogos del modelo proponen desmontar la regulación estatal y la prestación directa de servicios por parte de agencias gubernamentales. El paradigma neoliberal insiste también en que el Estado debe abandonar su papel de proveedor de servicios, y volver a la función de proteger el orden y las libertades individuales, tal como lo proponían los padres del liberalismo. Para los defensores del modelo neoliberal, las necesidades relacionadas con la salud son carencias que se satisfacen mediante el consumo de mercancías. Dichas “carencias” configuran un mercado de bienes y servicios donde la gente puede resolver sus problemas de manera satisfactoria, comportándose como “consumidores racionales libres, informados y conscientes de las consecuencias de sus actos” [10]. El paradigma del “consumidor racional informado” asume que las personas son libres para exponerse a los riesgos que afectan la salud, y en tal medida son responsables de asumir las consecuencias desfavorables de sus actos y pagar por la atención requerida. La salud de cada persona ya no se reconoce como un asunto público; se asume como un asunto individual, íntimamente relacionado con el estilo de vida que cada sujeto elige libremente para enfrentar sus riesgos. En consecuencia, si la salud es el producto de decisiones libres, cada individuo debe velar por su propio cuidado. En materia de salud, el papel del Estado debe limitarse a controlar las epidemias, reducir las imperfecciones del mercado, y garantizar que las personas más pobres puedan recibir los servicios básicos cuando lo requieran, utilizando impuestos para subsidiar este consumo; es decir, utilizando fondos públicos para pagarle a

los proveedores privados por el consumo que hagan los pobres.

En concordancia con los supuestos del mercado, los enfoques de corte neoliberal se apoyan en la antigua noción médica que define la salud como ausencia de enfermedad, y por ello dan más importancia a los servicios médicos curativos que a otras intervenciones que pudieran ser menos rentables para el proveedor privado. Aunque el modelo de mercado considera las enfermedades como asuntos individuales, del ámbito privado, reconoce también que los eventos individuales pueden generar ciertos efectos sobre el grupo; estos efectos difusos, difícilmente controlados por los mercados, se denominan *externalidades*, las cuales pueden generar problemas y demandas de ayuda, cuyos costos difícilmente pueden ser imputados a un consumidor específico; ello es precisamente el caso de la salud, donde los problemas del sujeto no solamente surgen como producto de procesos grupales difícilmente individualizables, sino que también afectan al resto de la sociedad. Debido a que no pueden cobrarse directamente a una sola persona, y no constituyen un negocio rentable, el modelo de mercado propone que los servicios destinados al control de las externalidades (como es el caso de las acciones preventivas y la higiene pública) sean provistos directamente por el Estado.

Al impulso de los principios del paradigma económico liberal, surgen nuevas formas de entender y atender las enfermedades, interpretadas como demandas de un negocio dirigido a consumidores de medicamentos y servicios individuales. Dicho negocio, que atrapa a los enfermos en sus necesidades, pudiera ser especialmente rentable en condiciones de mercado libre, no controlado, sujeto únicamente a la rivalidad y competencia entre los proveedores.

Los planteamientos del modelo liberal se vienen expandiendo con fuerza desde la década de 1980, con el apoyo de las empresas multinacionales, del Banco Mundial, del Fondo Monetario Internacional, y de las élites económicas locales; y constituyen el fundamento de las reformas de la política sanitaria que se aplican en el mundo desde entonces.

La salud... ¿estado o proceso cambiante?

Algunas definiciones, incluyendo la que propone la OMS [9], conciben la salud como un “estado” de equilibrio conformado por condiciones óptimas e ideales. Tal “estado” idealizado se opone al estado de enfermedad, entendido a su vez como algo definitivo que se tiene o no se tiene. Desde este enfoque no es posible estar sano y estar enfermo al mismo tiempo, y las personas sólo tienen una de las dos opciones. Esta perspectiva ha recibido múltiples críticas, porque las condiciones óptimas que definen un “estado de salud” rara vez se presentan en la realidad. Adicionalmente,

debido a que casi todos los seres humanos tenemos algún problema dental, o algún lunar o se nos cae el cabello, difícilmente podremos ajustarnos a la definición idealizada de la OMS.

El término “estado” nos remite a un momento ideal, absoluto, estático, descontextualizado y difuso en el tiempo, que no da buena cuenta de las condiciones cambiantes y variables de la gente. Por eso algunos autores prefieren hablar del “proceso salud-enfermedad” como una experiencia dinámica que involucra ambas dimensiones, y que se va configurando continuamente a través de la historia, tanto personal como grupal [11-13]. Desde esta perspectiva, la salud de una persona - más que un estado de equilibrio, difícilmente sostenible en el tiempo- refleja un proceso continuo de cambios entre momentos complejos de la vida; durante los cuales pueden coexistir condiciones favorables y desfavorables; si bien alguna de estas dos condiciones puede predominar temporalmente sobre las otras. Los cambios en el proceso salud-enfermedad no se producen de manera espontánea, sino como expresión de las condiciones históricas tanto individuales como propias de cada grupo. De todos modos, ambos enfoques, los estáticos y los dinámicos, coinciden en que las experiencias de salud y enfermedad, siendo diferentes, se relacionan de forma tan estrecha que no es posible referirse a la primera sin hacer alusión a la segunda.

Enfoques “positivos” frente a enfoques “negativos”.

No todos los pensadores han sucumbido al enfoque medicalizado y a la concepción patocéntrica de la salud. Algunos de ellos han propuesto definiciones de la salud desde perspectivas más amplias, y en términos “positivos” o favorables, más que relacionados con dolencias y enfermedades.

Varias de las perspectivas positivas de salud provienen del “capitalismo con rostro humano”, una corriente de pensadores liberales que pretenden humanizar el modelo económico capitalista sin cambiar la propiedad privada sobre los medios de producción, ni controlar la concentración de la riqueza. Aunque estas perspectivas difieren en varios aspectos, suelen coincidir en que la salud no debe entenderse en términos negativos como la simple negación o ausencia de la enfermedad, porque involucra otras dimensiones “positivas” o favorables de la existencia, entre las que se destacan:

- La presencia de **ciertas condiciones objetivas** que garantizan la supervivencia y el disfrute de la vida como un medio ambiente seguro y agradable, un entorno social propicio para el desarrollo de las personas, y una provisión suficiente y apropiada de bienes y servicios que permitan a la gente resolver sus necesidades. Estas condiciones positivas son requisitos para que se pueda hablar de salud. Si las condiciones materiales de existencia no son

favorables no se puede esperar que las personas sean sanas [14,15].

- La existencia de **ciertas condiciones subjetivas** propias de cada individuo y relacionadas con su historia personal, tales como: las experiencias placenteras; la sensación personal de seguridad y bienestar; la satisfacción de las necesidades fundamentales; la realización de las metas personales; y la ausencia de vivencias displacenteras [16]. Si las personas no logran interpretar y vivenciar favorablemente sus condiciones no podrán considerarse sanas.
- El desarrollo de **ciertas capacidades y potencialidades** de las personas que pueden valorarse con base tanto en su percepción subjetiva como en criterios externos definidos convencionalmente. Entre las capacidades que configuran la salud se destacan: la autonomía; la participación en el desarrollo de los demás; y las capacidades de amar, trabajar, realizar proyectos de vida, disfrutar el presente, y comunicarse e interactuar con otros [17-20]. Cada persona tiene la potencialidad y el derecho para desarrollar estas capacidades, y podría hacerlo si el sistema social no se lo impide. La salud se define entonces como el grado en que las personas desarrollan efectivamente las capacidades descritas. La noción de capacidades se viene expandiendo en el mundo global promovida por algunos ideólogos liberales que promueven un capitalismo con rostro humano.

Las capacidades como condiciones para una vida buena.

Autores actualmente muy influyentes en el mundo, como el economista indio Amartya Sen (1933--), la filósofa estadounidense Martha Nussbaum (1947--), y el sociólogo, filósofo y salubrista Shiran Venkatapuram, defienden la universalidad de la aspiración a una vida plena (eudaimonia) apoyándose la noción de “capacidades” (“libertades sustanciales” u “oportunidades esenciales”), las cuales se definen como aquellas condiciones requeridas para lograr una vida plena, y que por ello mismo deberían reconocerse a cualquier ser humano sin distinción. Dichas capacidades no pueden entenderse sin tener en cuenta una noción de justicia que, en su concepto, está más cercana a la ética y la voluntad de los agentes sociales, que a la normatividad jurídica o a las condiciones alienantes del modelo económico. A este respecto, la noción de capacidades propuesta por estos autores se encuentra estrechamente relacionada con los enfoques de la justicia y con los principios formulados por pensadores liberales como Rawls. Como veremos enseguida, la conceptualización de las “capacidades” coincide en muchos aspectos con los análisis universalistas de las

necesidades fundamentales propuestos por autores como Doyal y Gaugh [17].

Sen, por ejemplo [21,22], considera que la práctica por sí misma, ya sea reformista o revolucionaria, es muy limitada para solucionar los problemas sociales que afectan a la humanidad. En su opinión el voluntarismo, el pragmatismo y la indignación son insuficientes para resolver la inequidad; y por ello es necesario razonar profundamente sobre los alcances de la justicia y la injusticia [23]. Al igual que Rawls, Sen considera que la sociedad debe organizarse alrededor de “una idea racional” de la justicia. Sin embargo, propone superar el enfoque “trascendental” de los demócratas liberales quienes, en su concepto reflejan el pensamiento contractualista de la Ilustración, y cuyas propuestas sobre la justicia se limitan a la creación de “instituciones correctas y justas” responsables de redistribuir la riqueza. En opinión de Sen, la propuesta liberal de basar la imparcialidad y la justicia en el funcionamiento de “instituciones justas”, ya no es viable en el mundo globalizado, ni asegura el desarrollo [24,25]. Estudiando las hambrunas de Bangladesh y el África Subsahariana, Sen encontró que ni los planes desarrollistas, ni los programas de asistencia, ni la oferta de alimentos o de empleos, ni la acumulación de bienes materiales, solucionaban por sí mismos los problemas de los pobres. El desarrollo social dependía, en cambio, de las capacidades o habilidades de las personas para lograr “funcionamientos valiosos”, es decir, prácticas y desempeños valorados por la gente según la importancia que las personas confieren al resultado [26]. Sen considera que un país puede ser muy rico en recursos naturales y bienes materiales, pero puede ser muy pobre en las capacidades de las personas para hacer un uso valioso de esa riqueza; las “capacidades” no se limitan entonces a producir cantidades medibles de capital o de felicidad, como lo plantean los utilitaristas clásicos, sino que consisten en la posibilidad efectiva de “agenciar” (*actuar de manera autónoma*) para obtener ciertos logros que vayan más allá del beneficio económico o la felicidad, y que coincidan con los valores del grupo. El desarrollo social no consiste entonces en generar utilidad material, sino en generar resultados valiosos para las personas que sean a la vez económicos y éticos. A partir de estos análisis, Sen propone llegar a un consenso sobre valores universales, mediante una deliberación que sea capaz de superar dos obstáculos: Por una parte, la deliberación debe superar los enfoques relativistas que admiten la legitimidad de cualquier postura ética. Por otra parte, el consenso debe superar también la dicotomía entre la ética deontológica que valora las acciones de acuerdo a los principios preestablecidos, y la ética consecuencialista que valora las acciones según los resultados; en concepto de Sen, ambos enfoques deben ser tenidos en cuenta y, por consiguiente, la valoración

de las capacidades debe considerar tanto aquellos principios éticos que definen a priori la bondad de las acciones, como las consecuencias de los hechos [23]. En resumen, Sen propone que la búsqueda de la “justicia social” no debe limitarse a la creación de instituciones responsables de realizar sus procedimientos de acuerdo con ciertas normas y reglas administrativas o jurídicas, idealmente justas; es necesario ir más allá; la justicia social se va logrando progresivamente en la sociedad mediante el consenso sobre juicios de valor que respondan a las concretas en que vive la gente. Este consenso no tiene que ser el mismo en todas partes; no existe una sola forma de justicia; las sociedades pueden ser justas de muchas maneras.

Las capacidades de las que habla Sen están estrechamente relacionadas con las “libertades positivas” que tienen las personas para elegir entre distintos tipos de vida. Esta concepción de la libertad no se refiere a la ausencia de restricciones o prohibiciones, como la define el liberalismo clásico (“libertades negativas”), sino a la opción real y positiva de decidir y elegir, en el marco de una sociedad pluralista. Es importante aclarar que Sen reconoce también las “libertades negativas” como legítimas; en su concepto, sin embargo, las libertades negativas que ha promovido el liberalismo, deben considerarse necesarias pero no son suficientes para lograr el desarrollo [26]. Por otra parte, una capacidad, entendida como el poder de hacer algo, implica también una responsabilidad por las acciones, y por lo mismo configuran un deber [23]. Este aporte de Sen es interesante, porque el utilitarismo clásico no liga los beneficios logrados con la responsabilidad; es decir, no se preocupa por los deberes de quienes se han beneficiado [25].

Nussbaum, por su parte [27,28], considera que cualquier ser humano debería ser capaz de desarrollar las siguientes capacidades funcionales básicas indispensables para una vida buena: 1) Vivir una vida humana de duración normal hasta su fin, sin morir prematuramente 2) Gozar de buena salud, alimentación y vivienda; 3) Moverse libremente y sin peligro de un lugar a otro; 4) Imaginar, pensar y razonar; 5) Establecer vínculos afectivos con cosas y personas ajenas a nosotros mismos; 6) Planificar la vida.; 7) Vivir con otros y volcados hacia otros; 8) Vivir interesados y en relación con los animales, las plantas y la naturaleza; 9) Reír, jugar y disfrutar de actividades de ocio; y 10) Controlar el propio entorno [18]. Nussbaum agrupa las capacidades funcionales básicas en dos categorías, las internas y las combinadas. Las capacidades internas son aquellos estados personales desarrolladas por las personas en contacto con su medio, las cuales son suficientes para asegurar el ejercicio de las funciones requeridas por el individuo. Las capacidades combinadas son capacidades internas articuladas con aquellas oportunidades o

condiciones externas que el medio social brinda a las personas para hacer valer las primeras. Por su parte, los “funcionamientos” o logros son aquellas cosas valiosas que las personas pueden ser, hacer y realizar a lo largo de la vida. Nussbaum se diferencia de Sen al proponer que todas las capacidades son igualmente fundamentales, y rechaza el argumento de Rawls de privilegiar la libertad sobre otros requerimientos de la existencia [17,18]. En concepto de Nussbaum, el desarrollo se concibe como un proceso de expansión de las capacidades y oportunidades de las personas. Las capacidades son bienes valiosos en sí mismos que definen el ideal del buen vivir, y no simples medios para llevar una vida digna. El desarrollo de las capacidades solo puede lograrse si los gobiernos ponen a disposición de la comunidad política los recursos y condiciones necesarias para «hacer que la gente sea capaz de vivir bien [29].

Siguiendo la línea de Nussbaum, Venkatapuram [30-33] propone entender la salud como una *metacapacidad*; es decir, como la capacidad de las personas para alcanzar un conjunto de necesidades básicas (oportunidades) y funcionamientos (logros) que permiten disfrutar una vida digna y saludable. Este autor se ha esforzado por extender las capacidades al dominio de la salud, con el objetivo de integrar los derechos, la salud y las capacidades de una manera que puedan ser filosóficamente coherentes, y al mismo tiempo practicables [30-33]. En su opinión, la metacapacidad para lograr estar sano o saludable es una demanda moral y un derecho de cada ser humano. Por su parte, la justicia social radica en asegurar que la gente pueda ejercer sus capacidades; en tal sentido la globalización y las instituciones globales deben ser evaluadas moralmente de acuerdo con su impacto en las capacidades básicas de los individuos [30].

En esencia, los planteamientos de Sen, Nussbaum y Venkatapuram no se alejan de los principios tradicionales del liberalismo (legitimación de la democracia liberal, privilegio de las libertades individuales; respeto por la propiedad privada; autonomía individual; y concepción idealizada de la justicia). Asumen también que los consensos son dispositivos suficientemente efectivos para convencer a las empresas multinacional y las élites económicas y políticas que concentran la riqueza. Por tal razón, sus argumentos han sido ampliamente recogidos por los economistas y políticos liberales que ven en ellos una forma de reivindicar la figura de una vida plena y justa en el marco del “capitalismo con rostro humano”, descartando de paso la necesidad de una revolución violenta.

El problema con el enfoque de las capacidades no consiste en que sus propuestas sean contrarias a principios éticos o a los derechos humanos, sino a su carácter idealizado, que desconoce y enmascara la inequidad y el sufrimiento inherente al modelo económico vigente en el mundo global. Si aceptamos en profundidad su planteamiento tendríamos que reconocer que el modelo

económico imperante hoy en la mayoría de los países es el peor enemigo de la salud, porque impide a una amplia proporción de la población mundial desarrollar sus capacidades, y por ello mismo es el causante de que gran parte de la población no pueda considerarse sana.

La salud como resiliencia.

Desde la psicología social, varios autores han desarrollado el concepto de “**resiliencia**” como la capacidad de hacer frente a las adversidades que se presentan a lo largo de la existencia, superarlas, o incluso sacar ventaja de los cambios que ellas nos imponen; dichas adversidades incluyen el sufrimiento, las agresiones, la incapacidad y la enfermedad [34]. La resiliencia involucra dos dimensiones complementarias: la capacidad de resistirse a la destrucción, es decir, de proteger la propia integridad bajo presión; y la capacidad para desarrollar comportamientos ventajosos y favorables en circunstancias difíciles [35,36]. La resiliencia se considera un componente del proceso evolutivo, contribuye a la adaptación y la supervivencia, y más que una condición natural innata e inmodificable, es una capacidad que puede desarrollarse desde la infancia y a lo largo de la vida mediante la interacción con los demás [37].

La noción de resiliencia ha incorporado también una carga ideológica importante, y con frecuencia suele formularse en el marco de enfoques mecanicistas y funcionalistas [38-39].

Desde el mecanicismo, la resiliencia se reduce a la simple adaptación a los cambios desfavorables; ser resiliente consiste entonces en hacerse tolerante al daño y tratar de conservarse a pesar de la adversidad. Desde enfoques funcionalistas, por su parte, la resiliencia se entiende como la capacidad de adaptarse funcionalmente al orden social vigente; es decir, de volver a funcionar en el mismo orden social que generó el daño, y de reasumir los comportamientos que contribuyen a su perpetuación. Varios de los sistemas políticos actuales utilizan el concepto de resiliencia desde el mecanicismo y el funcionalismo, exigiendo a las víctimas y a los damnificados que se recuperen por sí mismos del daño, evadiendo al mismo tiempo la detección y modificación de los procesos nocivos que lo causaron.

La resiliencia puede ser asumida también desde enfoques libertarios cuando se insiste en desarrollar y fortalecer la capacidad de las personas y los grupos para resistirse a la agresión y la vulneración, y para generar cambios en el entorno que reduzcan las causas del daño. Desde esta perspectiva, la resiliencia involucra entonces la creatividad, la lucha y la capacidad de los damnificados para neutralizar y transformar las condiciones adversas.

En la medida en que la concepción de la resiliencia se aleje de perspectivas naturalistas, mecanicistas, y funcionalistas, e insista en el desarrollo de prácticas

creativas y libertarias, se aproxima en varios aspectos a la noción de salud propuesta por Canguilhem.

Críticas a los enfoques positivos

El debate sobre la definición de la salud en términos positivos sigue abierto. Pensadores tan influyentes en el sector como René Dubos, consideran un grave error minimizar la importancia del sufrimiento y de las enfermedades, y destacan que definir la salud en términos exclusivamente positivos es un mero espejismo [40]: el sufrimiento, la alienación, el dolor y las enfermedades no son invenciones de una mente malévol, son experiencias reales, profundamente ligadas a la existencia humana que deben ser considerados y atendidos; “... una salud positiva ... es sólo un espejismo, porque el hombre en el mundo real debe enfrentarse a las fuerzas físicas, biológicas y sociales de su ambiente, que son permanentemente cambiantes, generalmente de manera impredecible, y frecuentemente con consecuencias peligrosas, para él como persona y para la especie humana en general” [41]. Limitar nuestros esfuerzos a la búsqueda de oportunidades, desconociendo la importancia de reducir y aliviar el sufrimiento, puede ser un pensamiento tan erróneo y peligroso como centrarnos en atender el dolor sin aspirar a la plenitud de la existencia.

La salud como derecho humano fundamental*

Los derechos humanos como construcción social

La concepción de la salud como un derecho humano fundamental de toda persona, y que como tal debe ser reconocido y protegido por la sociedad y por el Estado, es una idea relativamente reciente en la historia de la humanidad.

La figura ideológica y jurídica de los derechos humanos es una construcción social en desarrollo, que no ha surgido como producto del altruismo, ni de la reflexión académica, sino de la lucha de varios grupos sociales a lo largo de la historia; y cuyo reconocimiento experimenta hasta hoy una fuerte resistencia por parte de las élites interesadas en mantener sus privilegios. Desde esta perspectiva, la figura de los Derechos humanos es el reflejo de un proceso político, más que académico.

En la antigüedad, y hasta el s. XVII, los grupos hegemónicos conservaban para sí ciertas ventajas o prerrogativas que asumían como privilegios, y que no reconocían a los demás, justificando estas ventajas en su fuerza, en la voluntad divina o en su pertenencia a

una clase social superior. El reconocimiento de los derechos humanos como prerrogativas universales, aplicables a toda persona, ocurrió formalmente a mediados del siglo XVIII en Norteamérica, durante la guerra de independencia, y en Europa Occidental mediante la revolución francesa, cuando los burgueses y comerciantes se tomaron el poder. Al controlar el Estado, los revolucionarios impusieron la noción de *Derechos ciudadanos* como una construcción filosófica, jurídica e ideológica ligada al desarrollo de las sociedades capitalistas industriales, y particularmente a la noción de ciudadanía propia de los Estados modernos. Como uno de los logros de la Revolución francesa, la burguesía impuso una constitución basada en el reconocimiento universal de “los derechos del hombre y del ciudadano” que se fue expandiendo a otros países. Los ideólogos de la época apoyaban esta iniciativa en el argumento de que todos los seres humanos, por condiciones naturales inevitables y universales, nacemos iguales y dotados de las mismas prerrogativas que antes se consideraban privilegios de la nobleza y el clero.

En el marco de la Modernidad, la concepción de Derechos Humanos se aplicó originalmente a ciertas facultades inherentes a los ciudadanos y derivadas de su relación con el Estado, el cual tiene la obligación de reconocerlos y defenderlos. No fue fácil que la sociedad aceptara los derechos de las personas como realidades intangibles que debían reconocerse y respetarse en todas las esferas de la vida cotidiana. A pesar de que la burguesía impulsó inicialmente los Derechos Humanos como prerrogativas universales no ligadas a la nobleza o al dinero, su expansión a obreros, campesinos, mujeres y grupos minoritarios, ha tenido que enfrentar hasta hoy la resistencia activa de los nuevos grupos hegemónicos que controlan el poder; y muchos defensores de los Derechos Humanos en todo el mundo siguen pagando con su vida y su libertad el precio de estos ideales. Por otra parte, la ideología liberal del capitalismo, que en apariencia defiende los derechos humanos como una prerrogativa de todos los seres humanos, no tiene reparos en apartarse de sus principios y apoyar dictaduras como las de Hitler, Mussolini, Franco, Somoza, Pinochet y Videla. El carácter tortuoso, conflictivo y político de los Derechos Humanos se revela en su aplicación concreta y tangible. En lugar de seguir una línea coherente a partir del derecho positivo, la figura de los derechos humanos se visibiliza y aplica como producto de las luchas sociales frente a la reacción a las violaciones y desconocimiento de estas prerrogativas por parte de los gobiernos [42]. La Tabla 1 recoge los principales momentos en el desarrollo jurídico de los Derechos Humanos [2].

* Este artículo de las Notas de clase se incorporó en 2009 al Proyecto Observatorio por el Derecho a la Salud adelantado por la Facultad Nacional de Salud Pública para la Personería de Medellín.

Tabla 1. La salud en el marco de los Derechos Humanos. Momentos históricos importantes en el desarrollo del concepto

Año	Lugar	Acuerdo	Argumentos centrales
1776	Virginia (USA)	Declaración de independencia de los Estados Unidos	Los derechos humanos son prerrogativas naturales del ser humano que el Estado debe reconocer
1789	París	Declaración Universal de los derechos del hombre y el ciudadano	Los derechos humanos son prerrogativas naturales y universales de los seres humanos. Se desarrollan en el contexto de la ciudadanía.
1948	ONU. Ginebra.	Declaración Universal de Derechos Humanos Resolución 217 A (III)	Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos La salud es un derecho humano básico Art. 25: "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios"
1948	Bogotá	IX Conferencia Internacional Americana	Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre
1949	Ginebra	II. Convenio de Ginebra	Convenio de Ginebra para Aliviar la Suerte que Corren los Heridos, los Enfermos y los Náufragos de las Fuerzas Armadas en el Mar
1949	Ginebra	III. Convenio de Ginebra	Convenio relativo al trato debido a los prisioneros de guerra
1949	Ginebra	IV. Convenio de Ginebra	Convenio relativo a la protección debida a las personas. Civiles en tiempo de guerra
1950	Roma	Consejo de Europa	Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales
1966	ONU. Washington	Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 2200A (XXI)	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: El derecho a la salud es un bien jurídico exigible al Estado. Art 12: Los Estados deben crear "condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad"
1969	San José	Convención americana sobre derechos humanos	Convención americana sobre derechos humanos, (pacto de San José de Costa Rica)
1976	ONU	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Protocolo Facultativo Resolución 2200 A (XXL) de 1966 Pacto Internacional de Derechos civiles y políticos. Resolución 2200 A (XXL) de 1966	Entraron en vigencia en el mundo en 1976. Estos Pactos ayudan a ampliar el contenido de la Declaración Universal de Derechos Humanos: En su conjunto constituyen la Carta Internacional de Derechos Humanos
1977	Ginebra	Conferencia Diplomática sobre la Reafirmación y el Desarrollo del Derecho Internacional Humanitario Aplicable en los Conflictos Armados.	Protocolo II. Adicional. Protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional
1986	Masstricht (Holanda)	Principios de Limburgo	Alcances de la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales
1988	San Salvador	Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (Protocolo de San Salvador)	Los países reconocen los derechos económicos, sociales y culturales y se comprometen a protegerlos. El derecho a la salud se concibe como el "disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social"
1991	ONU Comité DESC	Observación General N° 3 (documento E/1991/23)	Obligaciones de los Estados Partes. Los estados tienen el compromiso de adoptar "por todos los medios apropiados, medidas pertinentes, deliberadas y concretas, orientadas claramente a la satisfacción de las obligaciones reconocidas en el Pacto, no limitadas ni condicionadas por otras consideraciones, por ejemplo, la disponibilidad de recursos

Continuación Tabla 1

Año	Lugar	Acuerdo	Argumentos centrales
1993	Viena	Conferencia Mundial de Derechos Humanos	Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. Los derechos Económicos, Sociales y Culturales se rigen por los mismos principios del derecho internacional: universalidad, indivisibilidad e interdependencia. Los derechos sociales tienen la misma categoría, importancia, origen, titular y destinatario que los individuales; pertenecen a todos los miembros de la familia humana (universales) y son reclamables al Estado, quien está obligado a su Promoción y protección.
1997	Maastricht (Holanda)	Directrices de Maastricht sobre violaciones a los derechos económicos, sociales y culturales	Revisión y desarrollo de los Principios de Limburgo
1998	Quito	Declaración de Quito	Acerca de la exigibilidad y realización de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) en América Latina y el Caribe
2000	ONU Comité DESC	Observación General N° 14 (Documento E/C.12/2000/4)	El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud La obligación estatal de proteger el derecho a la salud incluye la de "velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud"
2001	Washington-OEA	Comisión Interamericana de Derechos Humanos	Los Estados deben destinar recursos públicos suficientes para los derechos sociales y económicos y velar por un uso apropiado de tales recursos.

Fuente: Adaptado de Naciones Unidas [2]

En el ámbito jurídico, el alcance de los derechos humanos se ha propuesto desde dos corrientes diferentes: el naturalismo y el positivismo [43-45].

La corriente naturalista considera que los derechos humanos corresponden a condiciones naturales, universales, comprensibles desde la razón, e independientes de la norma jurídica. Siendo inherentes a todo ser humano, lo único que queda al legislador es reconocerlos. Este es el enfoque original de las primeras declaraciones de derechos humanos adoptadas a fines del siglo XVIII durante la independencia de Estados Unidos y durante la Revolución francesa.

El naturalismo jurídico supone la existencia de un sistema de normas universalmente válidas y cognoscibles, que constituyen el criterio de justicia para cualquier sociedad y deben fundamentar los ordenamientos jurídicos. La obligatoriedad de las normas jurídicas se soporta en un orden natural que se impone a la naturaleza y la sociedad. Por tal razón, los sistemas normativos que entran en conflicto con el ordenamiento natural no deberían considerarse válidos [46]. Este enfoque, que fue asumido por la burguesía para reclamar sus derechos desconocidos por el sistema jurídico monárquico, ha sido objeto de varias críticas, porque se considera muy difícil administrar los derechos en ausencia de normas explícitas.

La corriente positiva, por su parte, asume que toda normatividad jurídica debe ser positiva, es decir, construida por la sociedad mediante proposiciones descriptivas o prescriptivas explícitas, que definen

claramente las acciones y su aplicabilidad, y cuya validez y obligatoriedad no se sustentan en que sean verdaderas o falsas, sino en el significado expresado en la directriz. En tal sentido, las normas jurídicas, incluyendo el reconocimiento de los derechos humanos, solamente son válidas cuando se expresan de forma legítima en una norma explícita. La debilidad de este enfoque se ha puesto repetidamente en evidencia, debido al desconocimiento de los principios jurídicos por parte del fascismo y de los regímenes totalitarios de derecha e izquierda. Adicionalmente, el énfasis en la norma escrita suele dar lugar a interpretaciones descontextualizadas, rígidamente apegadas al texto.

El debate entre la vertiente natural y la positiva continúa. Algunos autores consideran que el naturalismo jurídico brinda un pobre fundamento teórico a los derechos humanos y genera una falsa sensación de seguridad, haciéndonos pensar que si los derechos son naturales no es necesario luchar por su reconocimiento jurídico. El enfoque positivo, por su parte, no reconoce la existencia de los derechos humanos por sí mismos hasta que no asuman forma jurídica, y en este sentido ha limitado su aplicación; sin embargo, considera que los derechos humanos son una conquista moral, aún muy frágil, que debe protegerse y desarrollarse para que no se pierda.

A pesar de su pretensión de universalidad, los primeros Derechos Humanos reconocidos jurídicamente reflejaban el interés del liberalismo económico y hacían énfasis en condiciones individuales como la vida, la

propiedad, la libertad de actuar sin restricciones, la seguridad y la resistencia a la opresión; pero prestaban poca atención a las prerrogativas de la sociedad en su conjunto. En 1966, por iniciativa de la Organización de Naciones Unidas–ONU, se suscribió el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) que incluyó entre los Derechos Humanos ciertos tipos de interacción social y condiciones materiales de existencia requeridas para lograr el desarrollo humano, los cuales se reconocen como *Derechos sociales*, y entre los cuales se incluyen: el empleo; el salario; la protección social; la vivienda; la educación; la sanidad; la alimentación; y el medio ambiente sano [15]. En los Estados Sociales de Derecho, los denominados *Derechos sociales* se protegen mediante su reconocimiento en la legislación, la implantación de políticas activas de protección social, y la puesta en marcha de sistemas de sanción a los infractores [47]. Específicamente en relación con la salud, el PIDESC, establece la obligación estatal de proteger el derecho a la salud, incluyendo “*velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud.*” [15,48].

Desde 1980, algunos sectores académicos y políticos que reflejan la influencia de la ideología neoliberal, han puesto en tela de juicio la fuerza jurídica de los Derechos sociales y su exigibilidad, argumentando que son “derechos programáticos”; es decir, que su cumplimiento solo debe darse si existe voluntad política, y si se dispone de recursos suficientes. Este argumento es especialmente peligroso en los países más pobres, donde las élites políticas excusan su desinterés en la falta de recursos. A este respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha reiterado en varias ocasiones que los Derechos sociales son siempre exigibles y constituyen una responsabilidad ineludible de los Estados; y que el compromiso de desarrollarlos progresivamente (principio de progresividad) no autoriza a los Estados para dejar de actuar en este campo, ni los exime de cumplir con sus obligaciones [15,48].

El derecho a la salud no se limita al consumo de servicios médicos

En 1948, en el contexto de la postguerra y el auge de los modelos keynesianos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como “*el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad.*” A pesar de que esta definición es idealizada, descontextualizada y desconocedora de los procesos políticos que configuran el curso de la vida, dará lugar a diferentes reflexiones que soportan el reconocimiento de la salud como derecho.

Con base en la definición de la OMS varias organizaciones propusieron que la salud es un atributo

esencial y un derecho inherente e ineludible de las personas y de los grupos humanos, indisolublemente ligado de forma negativa a la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, y de forma positiva a la supervivencia, la capacidad de disfrute y la calidad de la vida. La salud no es solamente el resultado, sino también causa del desarrollo social [3]. En otras palabras, el nivel de salud de una población refleja el grado en que una sociedad ha logrado resolver sus necesidades fundamentales, y en tal sentido los indicadores de salud son indicadores de desarrollo. Por otra parte, los problemas de salud de una población, comprometen la capacidad productiva de un país y limitan sus capacidades de consumo e interacción. En esta línea de pensamiento, la salud de sus habitantes se reconoce como una de las condiciones que determina el desarrollo económico y social de los países. Adicionalmente, la salud de las personas y los grupos no es una condición estática, sino la expresión de un proceso dinámico cuyas características varían, a lo largo del tiempo y de una sociedad a otra, bajo la influencia de condiciones biológicas, psicológicas, sociales, económicos y ambientales. La complejidad de la noción de salud y el hecho de que esta condición se encuentra profundamente ligada a otras condiciones del ser humano, se refleja también en el ámbito jurídico; y particularmente en la concepción de la salud como un derecho fundamental complejo e integral que debe ser reconocido a cualquier ser humano, y que debe ser protegido por el Estado como una prioridad.

En el marco de estos debates, donde chocan intereses económicos contrarios, el derecho a la salud no ha tenido el mismo alcance en todos los países ni a lo largo de la historia.

Específicamente el “derecho a la salud” fue reconocido por la Asamblea General de las Naciones Unidas como un derecho humano y consagrado como tal en la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948 [15]. En el mismo año, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, amplió este concepto, consagrando el derecho a la salud como un derecho a la preservación de la salud y al bienestar, en los siguientes términos: “*Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad*” [49].

Posteriormente, en 1966 los gobiernos del mundo adoptaron en la ONU el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), mediante la Resolución 2200A XXII [50]. Este acuerdo internacional vigente desde 1976, consagra el derecho a la salud como un derecho social, definido en los siguientes términos:

“PIDESC. Artículo 12: Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona

al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para:

- La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- *La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.*” [50].

En su Observación General 14, el PIDESC precisa los alcances del Derecho a la salud, considerándolo como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. El acuerdo reconoce que el derecho a la salud no puede separarse de otros derechos, afirmando de manera explícita que

“El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos...en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud” [15,51].

Desde esta perspectiva, el derecho a la salud es un **derecho inclusivo** en cuanto, no sólo abarca la atención médica oportuna y apropiada, sino también la protección de aquellas condiciones que lo determinan

“... como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva...” [50,51].

De lo anterior se concluye que el derecho fundamental a la salud es un derecho complejo, toda vez que protege múltiples ámbitos de la vida humana, en perspectivas diferentes, tanto en su concepción, como en la diversidad de obligaciones que se derivan de su pleno disfrute, y en la magnitud y variedad de acciones y omisiones que su cumplimiento demanda del Estado y de la sociedad en general.

Como órgano de supervisión del Pacto, se creó el Comité DESC, encargado de vigilar su cumplimiento y de asegurar la correcta interpretación de sus disposiciones. El Comité examina los informes presentados por cada uno de los Estados y emite observaciones y recomendaciones con el fin de que éstos realicen los

ajustes pertinentes. Desde la suscripción del Pacto, el Comité ha reiterado la importancia del principio de igualdad en salud, el cual supone no sólo la prohibición de discriminar en el acceso, sino también la obligación que tienen las autoridades de favorecer a las poblaciones más desprotegidas [51-52].

En relación con el derecho a la salud, el Comité DESC ha delimitado contenidos básicos o niveles esenciales con base en cuatro componentes normativos:

- La disponibilidad de servicios e infraestructura asociados al goce del derecho a la salud
- La accesibilidad efectiva a los establecimientos, bienes y servicios de salud
- La aceptabilidad ética, cultural y social de las prestaciones.
- La calidad técnico científica de los servicios.

En términos generales, las obligaciones de los Estados suscriptores del Pacto pueden resumirse en cuatro categorías [52]:

- No discriminar ni excluir de manera injustificada a ninguna persona de las prestaciones garantizadas.
- Adoptar medidas inmediatas, y hasta el máximo de los recursos disponibles, para lograr la plena realización de los derechos sociales.
- Asegurar un contenido básico o mínimo, ligado al “derecho a la subsistencia” o “mínimo vital”, que debe ser asegurado de manera inmediata por los Estados; y un contenido de desarrollo progresivo, frente al cual todo Estado tiene la obligación de tomar medidas para lograr progresivamente su plena realización
- Ninguna normatividad nueva puede recortar derechos previamente reconocidos. Todo retroceso está prohibido: las medidas que disminuyen una protección alcanzada en el pasado deben considerarse contrarias al PIDESC, hasta que las autoridades justifiquen su necesidad.

Desde 1996 cuando se adoptó el Pacto, se han presentado cambios importantes tanto en la concepción de salud como en la concepción del derecho. Otras prerrogativas y condiciones como la vida, la dignidad humana, la alimentación, el trabajo, la vivienda, la educación, la igualdad, la no discriminación, el acceso a la información, la libertad de asociación, de reunión y de circulación entre otros, han quedado vinculados como componentes integrales del concepto del derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. En consecuencia y conforme a la más autorizada doctrina internacional y constitucional, el derecho a la salud es un derecho humano fundamental y como tal irrenunciable y exigible que, a pesar de considerarse en desarrollo progresivo, impone a las autoridades estatales obligaciones específicas inmediatas, sin que los gobiernos puedan excusarse en la escasez de recursos.

El derecho a la salud: fundamentación jurídica

La idea de que la salud es un derecho que debe ser protegido, se ha desarrollado en el mundo de forma paralela con las nociones de democracia y ciudadanía propias de los Estados modernos, y han derivado en un reconocimiento formal de la salud como un derecho humano básico, internacionalizado desde la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas acordada en 1948. Sin embargo, su implementación ha chocado en la práctica con intereses económicos contrarios que propenden por limitarlo al consumo de servicios médicos básicos. Para comprender los alcances y limitaciones de este derecho es necesario hacer algunas precisiones de tipo conceptual entre derechos *fundamentales* y *prestacionales*.

Los **derechos fundamentales** [53-55] son aquellas prerrogativas irrenunciables que protegen al individuo, inclusive frente al mismo poder del Estado, asegurando su libertad, vida, e igualdad ante la ley. Constituyen una obligación perentoria del Estado, y se consideran exigibles por parte del ciudadano. Los **derechos prestacionales**, por su parte, requieren, para su efectiva realización, la intervención activa y positiva del Estado mediante la formulación de disposiciones jurídicas y la asignación de los recursos apropiados; se asume que los Estados también deben garantizarlos, pero su obligación se supedita a la disponibilidad de los recursos.

En relación con la exigibilidad de los derechos prestacionales se ha dado un debate que es necesario precisar:

“Algunos sectores doctrinarios y políticos tienden a cuestionar la fuerza jurídica de los derechos sociales y su entendimiento como derechos exigibles, con el argumento de que se trata de derechos de realización progresiva, que requieren la asignación de recursos y desarrollos legales, de manera que su satisfacción depende de la voluntad de los órganos políticos de decisión, en especial de los parlamentos. Para otro sector de la doctrina, y para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante Comité DESC) esto no es así, pues se ha mostrado que hay obligaciones de realización inmediata en relación con los derechos sociales y que para el caso de salud son también determinadas”[47].

Específicamente en relación con la salud, el Comité DESC, quien es el intérprete autorizado del Pacto en el ámbito internacional, ha hecho las siguientes precisiones [51]:

- La salud es claramente un “derecho humano fundamental” que debe ser amparado a todas las personas.
- La disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de los bienes y servicios de salud, hacen parte del contenido del derecho a la salud, pero no lo agotan.

- El principio de igualdad en salud supone no sólo la prohibición de discriminar en el acceso a esos servicios, sino el deber de las autoridades de favorecer especialmente a ciertas poblaciones.
- Se reconoce la existencia de limitaciones en los recursos que obstaculizan el pleno goce del derecho a la salud, por lo cual la obligación estatal es desarrollarlo progresivamente. Sin embargo, la progresividad no exime al Estado de sus obligaciones, que deben cumplirse siempre, y especialmente en los cuatro casos siguientes: a) Todos los Estados deben prohibir inmediatamente toda discriminación que surja restringiendo el acceso a los servicios de salud; b) Las medidas que disminuyan una protección a la salud ya alcanzada, se consideran regresivas, y se presumen contrarias al Pacto; a la luz del Pacto, todos los Estados que tomen este tipo de medidas tienen que demostrar que éstas eran absolutamente necesarias y que se han aplicado tras el examen exhaustivo de todas las alternativas posibles; c) Todos los Estados tienen la obligación concreta y constante de avanzar, lo más expedita y eficazmente posible, hacia la plena realización del derecho a la salud; y d) “*Existen unas obligaciones básicas en salud, que deben ser satisfechas en todo caso, sin importar los recursos de que dispone un Estado, como son el acceso no discriminatorio a los servicios de salud, y unas prioridades que deben ser respetadas, como la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas y la adopción de medidas para combatir las enfermedades epidémicas y endémicas*” [51].

En gran parte del mundo, la salud se reconoce hoy no sólo como un derecho fundamental en sí mismo, sino también como una condición habilitante de otros derechos: “*En ningún otro derecho como en la salud se observa la interdependencia entre los derechos, tan claramente como en éste*” [52]. En la región de las Américas, el cumplimiento del Pacto por parte de los gobiernos ha sido muy variable, y suele limitarse al aumento de coberturas con servicios médicos básicos. Las políticas neoliberales y la privatización de los servicios médicos, apoyadas por las élites económicas y políticas locales, constituyen una barrera muy poderosa que impide a amplios sectores de la población el acceso a las condiciones materiales y sociales requeridas para mantener una vida digna y niveles aceptables de salud.

En el caso particular de Colombia, la gestión sanitaria ha confundido la responsabilidad estatal de asegurar el derecho con el aumento en coberturas de seguros que se pagan a intermediarios privados responsables de proveer servicios médicos básicos. En el contexto político colombiano, donde la salud se administra como un mercado de servicios, el reconocimiento de la salud como derecho es objeto de intensos debates y profundas

críticas [56,57], A este respecto, la Corte Constitucional colombiana ha reconocido la importancia de los acuerdos internacionales, considerando que

“...las observaciones generales del Comité DESC, como intérprete autorizado del PIDESC, configuran disposiciones de lo que se denomina soft law, es decir, textos jurídicos que sin ser estrictamente vinculantes tienen relevancia jurídica; en las Sentencias C-21 de 1997 y T-98 de 2001, la Corte ha señalado que las observaciones generales del Comité DESC deben ser tenidas en cuenta por los operadores jurídicos al interpretar, aplicar y realizar los derechos económicos sociales y culturales” [52].

La Corte se había pronunciado de manera similar frente a este principio en la sentencia C-251 de 1997 [58], donde examinó la constitucionalidad del llamado Protocolo de San Salvador sobre DESC aprobado en Colombia mediante la Ley 319 de 1996.

En la actualidad los debates sobre el tema se vienen desplazando desde el “derecho a la salud”, cuyo contenido sigue atrapado en la atención sanitaria; hacia la lucha por el reconocimiento de “la salud como derecho fundamental a disfrutar la vida en condiciones óptimas”, cuya garantía y protección no solo debe ser exigible por parte de cualquier persona, sino que constituye también una obligación de todo Estado, y de aquellos que tienen a su cargo la función pública.

La salud como necesidad humana fundamental

Las necesidades humanas constituyen actualmente una categoría de análisis esencial para la gestión de los asuntos públicos en general, y de la salud en particular. A este respecto, varios autores insisten en definir la salud y la enfermedad desde la perspectiva de las necesidades humanas fundamentales [16].

El término “necesidades” se usa ampliamente para justificar las políticas públicas y asignar los recursos en varios países; sin embargo, no se ha logrado un consenso alrededor del tema y al revisar la literatura se encuentran posiciones muy diferentes [59]. Uno de los debates más importantes se centra en entender las necesidades humanas como exigencias naturales, imperativas e intransferibles, en cuyo caso deben considerarse válidas para todo el mundo; o asumirlas como construcciones artificiales creadas convencionalmente por los individuos, pudiendo entonces aceptarse en unos grupos y rechazarse en otros [60,61]. Los enfoques se agrupan en tres categorías: el relativista, el utilitarista y el universalista; cada uno de ellos tiene consecuencias importantes sobre la gestión sanitaria (Tabla 2).

Tabla 2. La noción de necesidad y su repercusión en salud pública: tres perspectivas

Enfoque	Concepto de necesidad	Representantes	Implicaciones en la gestión sanitaria
Utilitarismo liberal	Las necesidades son deseos subjetivos e infinitos, igualmente legítimos, que cada individuo elabora y resuelve en los mercados mediante el consumo de bienes y servicios.	Economistas clásicos y neoclásicos Culyer	La gestión sanitaria debe centrarse en la oferta de bienes y servicios consumibles. Dado que los recursos son escasos y finitos nunca será posible resolver todas las necesidades de la población
Relativismo	Las necesidades humanas son requerimientos que imponen límites a la existencia. Se originan en requerimientos materiales, pero son experimentadas y construidas por cada grupo según condiciones históricas particulares.	Materialismo Histórico Marx Heller	Al valorar los requerimientos de la población, la gestión sanitaria debe identificar aquellos que son esenciales para una existencia humana digna, a la luz de las condiciones de vida y los valores e intereses de cada grupo.
Universalismo	Las necesidades son condiciones universales, que se imponen a las personas como requisitos o exigencias para una vida plena, construyendo la existencia; y de cuya satisfacción dependen la supervivencia y el bienestar.	Doyal & Gough Max-Neef	Las necesidades deben diferenciarse de los satisfactores (medios de resolverlas). En calidad de requerimientos universales, las necesidades fundamentales pueden formularse como metas, y configuran derechos humanos. La gestión sanitaria debe partir de las necesidades, y con base en ellos debe diseñar los satisfactores.

Adaptado de Gómez-Arias, RD. Gestión de necesidades relacionadas con la salud: Una introducción al tema [59]

Las necesidades humanas desde el utilitarismo liberal

Para los economistas clásicos defensores de la filosofía utilitarista, necesidades y deseos son sinónimos. Las necesidades son estados carenciales que las personas experimentan subjetivamente como tensiones y van configurando impulsos o deseos, los cuales movilizan su comportamiento hacia un estado de satisfacción. Desde los enfoques utilitaristas, las necesidades son carencias que generan una demanda y que solo se resuelven con el consumo; y son los propios sujetos –individualmente– quienes deciden qué es lo que necesitan, pues las demandas se construyen a partir de las preferencias y deseos individuales. Las necesidades se satisfacen consumiendo, *y a mayor consumo mayor grado de satisfacción*. Con base en esta argumentación, los defensores del modelo liberal afirman que las necesidades constituyen un problema económico de consumo, y existen realmente cuando una persona demanda un producto (un bien tangible) o una ayuda de otro (un servicio). Es muy importante anotar que los economistas de esta corriente no consideran las necesidades como categorías negativas, pues el hecho de que exista una demanda por parte de los consumidores transforma el carácter desfavorable de las carencias en un motor de los mercados y del desarrollo económico [59].

La perspectiva economicista no diferencia las necesidades de los medios usados para resolverlas. La necesidad subsistir, por ejemplo, se define como la falta de alimento, la falta de vivienda o la falta de agua. Asumiendo que las necesidades son carencias que se resuelven mediante el consumo, el enfoque utilitarista las considera asuntos esencialmente subjetivos que cada persona elabora como preferencias, según sus condiciones particulares y su capacidad de consumir. Teniendo en cuenta que las personas tienen una enorme capacidad para soñar y elaborar deseos, el modelo concluye que las necesidades son carencias infinitas que se expresan o materializan en la demanda de mercancías. A partir de estos planteamientos, el modelo formula varios principios que los economistas y gobiernos aplican en los países capitalistas como fundamento de sus políticas públicas; entre ellos los siguientes [62, 63–71]:

1. las demandas de bienes y servicios que se observan en los mercados son el mejor reflejo de las necesidades humanas;
2. el consumo debe considerarse siempre legítimo y válido, porque refleja las preferencias y deseos individuales de las personas, reduce la tensión generada por las carencias, y genera grados variables de utilidad o satisfacción para el consumidor;
3. desde el paradigma económico liberal, el consumo es la clave del desarrollo humano, pues su cantidad refleja también la cantidad de satisfacción que experimenta una población en un período;

4. a mayor consumo mayor desarrollo social. Por consiguiente, la única opción para lograr el desarrollo humano consiste en ampliar los mercados y el consumo;

5. como asuntos individuales, las necesidades no son responsabilidad directa del Estado, sino un asunto privado de cada persona, quien debe resolverlas por sí misma en los mercados; el papel del Estado debe limitarse a favorecer el desarrollo de los mercados para que la gente pueda comprar todo lo que desee.

La noción de necesidades humanas propuesta por el modelo utilitarista se materializa también en el paradigma del “consumidor racional informado”, denunciado por Smart [10] y que revisamos en un seminario anterior.

“El paradigma del consumidor racional informado incorpora varios principios de la modernidad, entre ellos la racionalidad y la libertad individual, pero en lugar de reconocernos como sujetos de derechos nos convierte en consumidores de bienes y servicios. Estos argumentos se han arraigado tan fuertemente en nuestra sociedad que nos sentimos obligados a vernos a nosotros mismos y a los demás según lo establece el nuevo estándar; ello a pesar de que en la vida real las supuestas condiciones de racionalidad, información y libertad de consumo no se cumplan para los pobres, ni para los analfabetas, ni para las minorías, ni para muchas mujeres alrededor del mundo” [59].

Una de las implicaciones éticas y políticas más importantes de la perspectiva economicista de las necesidades es la **teoría de la escasez**. Al afirmar las necesidades humanas son infinitas y los recursos limitados, los economistas clásicos proponen que nunca podrán ser resueltas por completo:

“...El problema económico y, en consecuencia, la Economía surge porque las necesidades humanas son, en la práctica, ilimitadas, mientras que los recursos económicos son limitados y por lo tanto también los bienes económicos. La escasez no es un problema tecnológico, sino la disparidad entre deseos humanos y medios para satisfacerlos.” [72].

Este argumento, que convierte la escasez relativa de algunos bienes en una escasez absoluta e insalvable, es muy utilizado por los ideólogos liberales para explicar el fracaso de las políticas sociales, evadiendo al mismo tiempo el problema de la concentración de la riqueza [59]. El supuesto económico de la escasez absoluta es muy conveniente para el modelo económico capitalista porque justifica la inequidad y enmascara la concentración de la riqueza y la propiedad privada: “*nunca podremos resolver las necesidades de tantos pobres porque los recursos para atenderlos siempre serán escasos*”. Adicionalmente, al considerar que las necesidades humanas no tienen validez económica mientras no se reflejen en un consumo rentable de

mercancías, las políticas económicas neoliberales están desestimando todas aquellas necesidades que restringen la existencia y el desarrollo de los grupos más pobres sin capacidad de compra [73].

Desde la perspectiva utilitarista inherente al paradigma neoliberal, las necesidades humanas relacionadas con la salud, incluyendo las enfermedades, constituyen carencias, completamente explicables desde nuestra naturaleza. Dichas carencias: a) se resuelven mediante el consumo de medicamentos y tecnologías médicas; b) configuran un mercado cuyas propiedades y dinámica deben ser definidas desde la economía; y c) se revelan como un criterio particularmente útil para segmentar la clientela según su capacidad de compra.

En la actualidad, el mercado mundial de los servicios de salud es controlado por el complejo industrial médico-farmacéutico, el cual establece, a través de diferentes agentes, cuáles denominaciones, clasificaciones y tratamientos del sufrimiento humano deben ser reconocidas y adoptadas oficialmente por las distintas instancias de la sociedad.

Las necesidades humanas desde el relativismo histórico

Para el Materialismo histórico de Marx [74] y de la filósofa húngara Agnes Heller (137–139), las necesidades humanas son condiciones, tanto naturales como sociales, que constituyen requisitos para la existencia y restringen el curso de la vida: subsistencia, socialización, protección, reproducción... Desde este punto de vista, las necesidades no son deseos individuales ni condiciones que las personas eligen libremente. Por el contrario, son restricciones que se imponen a la gente desde sus condiciones materiales de existencia. Sin embargo, la lucha por la supervivencia ha permitido a los seres humanos modificar varios de estos requerimientos mediante el trabajo y la producción social. Las necesidades no constituyen entonces fatalidades mecánicas e inmodificables, pues las sociedades han logrado modificar su carácter originalmente natural. Aunque las necesidades son requerimientos reales, que se imponen a la vida independientemente de la voluntad humana, son experimentadas, representadas, construidas y valoradas socialmente por los grupos de acuerdo con sus condiciones de vida y en el marco de las ideologías dominantes. *“Todas las necesidades humanas son experimentadas, comprendidas y resueltas por las personas en sus entornos cotidianos, y son el producto de procesos complejos de interacción con los demás miembros del grupo”* [59]. En consecuencia, las necesidades humanas no pueden analizarse solamente como hechos naturales universales, sino también como hechos sociales que cambian con la historia. Heller insiste en el carácter ideológico y político del debate

sobre las necesidades, advirtiendo que en sociedades inequitativas son los grupos dominantes quienes definen cuáles de ellas se consideran legítimas y cuáles no. En su concepto, el capitalismo no solamente niega las necesidades fundamentales de los trabajadores, sino que impone a la sociedad necesidades alienantes que la atrapan en el consumismo, la competencia y la búsqueda de ganancia [76,77].

Las necesidades humanas desde la perspectiva universalista

Los pensadores universalistas consideran que las necesidades fundamentales no son deseos subjetivos e individuales, sino ciertas condiciones universales que se nos imponen como requisitos o exigencias, determinando la conservación y desarrollo de la existencia de todo ser humano. Las necesidades fundamentales no son elecciones libres, sino condiciones concretas que la naturaleza y la sociedad imponen a todos los seres humanos sin excepción, desde el nacimiento y a lo largo de la vida [59].

A pesar de que consideran las necesidades fundamentales como una condición universal, estos pensadores proponen que la forma de satisfacerlas cambia entre las personas y los grupos, y esta diferencia tiene varias explicaciones.

Para el antropólogo polaco Bronislaw Malinowski (1884-1942) las diferencias obedecen al papel instrumental que juega la cultura, generando nuevos requerimientos integradores y funcionales, que él denomina necesidades derivadas o instrumentales, y que delimitan el grado de satisfacción. Las necesidades son universales, pero la cultura modifica su grado de satisfacción por medio de valores simbólicos que regulan la conducta humana, la socialización y el ejercicio del poder [78,79].

En 1943, el psicólogo Abraham Maslow (1908-1970) propuso una de las teorías más difundidas sobre las necesidades [80]; en su concepto todos los seres humanos estamos expuestos a necesidades similares (universales) que se experimentan como estados de insatisfacción y actúan como motivadores que movilizan nuestras acciones. Dichas necesidades se organizan en cinco categorías jerarquizables desde las más objetivas hasta las más subjetivas: a) fisiológicas; b) salud y seguridad; c) afiliación, pertenencia y amor; d) estima y reconocimiento; y e) autorrealización. Las diferentes necesidades aparecen por etapas y se van resolviendo desde las fisiológicas hacia arriba; una vez que se revuelven las básicas aparecen la insatisfacción generada por las demás, y solamente aquellas que generan insatisfacción movilizan el comportamiento. Las propuestas de Maslow de jerarquizar las necesidades según su importancia, y de diferenciar las personas

según su grado de satisfacción, son muy próximas al utilitarismo liberal que las acogió y expandió rápidamente [59].

Doyal y Gaugh: las necesidades fundamentales como metas universales

Una perspectiva universalista políticamente comprometida con la equidad social proviene de los trabajos del británico Ian Gaugh (1942-...) y del norteamericano Len Doyal (1944-...). En 1991, estos pensadores se levantaron contra la propuesta utilitarista predominante en Inglaterra y definieron las necesidades fundamentales como aquellas “metas” (goals) que todas las personas deben lograr para reducir el serio daño a la existencia humana y asegurar su desarrollo óptimo [16,17]. Dichas metas presentan las siguientes características: a) son requisitos para el desarrollo de la existencia; b) se refieren no solamente a la supervivencia, sino también a la participación social y a la persecución de fines propios; c) se basan en dos condiciones que actúan como pre-condiciones universales: la salud física y la autonomía personal; y d) deben diferenciarse claramente de los impulsos y deseos individuales, a menudo irracionales, que nos impone la sociedad de consumo. La diferencia entre necesidades fundamentales y necesidades consideradas secundarias o de lujo, no se relaciona con su naturaleza sino con la forma como la sociedad ha organizado la propiedad privada y el acceso a los bienes de consumo. En su condición de metas que mantienen y orientan la existencia de las personas y de la sociedad, las necesidades fundamentales son construcciones sociales variables, pero su trasfondo es universal; por eso no deberían aceptarse las diferencias culturales como criterio para definir cuales necesidades son más legítimas que otras.

En el ámbito metodológico Doyal y Gough hacen un aporte muy interesante para facilitar el análisis de las necesidades fundamentales; consideran que toda necesidad consta de tres elementos identificables que pueden expresarse de la siguiente forma: “A” necesita “X” para “Y”; donde “A” es el sujeto, “Y” es el serio daño para la vida o el desarrollo que se produce si no se satisface la necesidad, y que debe evitarse mediante el recurso “X”; evitar “Y” constituye una meta universalizable (necesidad básica), que trasciende los deseos individuales del sujeto “A”, y que se logra mediante diferentes medios “X” denominados satisfactores o necesidades intermedias.

“Los satisfactores son aquellos bienes, servicios, acciones y relaciones que favorecen la salud física y la autonomía humanas en todas las sociedades, y que a pesar de ser modulados por la cultura son también universales en la medida en que están ligados a metas universales” [59].

Entre ellos: alimentación adecuada; agua potable; vivienda apropiada; ambiente físico libre de riesgos;

atención sanitaria apropiada; seguridad en la infancia; relaciones primarias significativas; seguridad física; seguridad económica; enseñanza básica... etc. Según ambos autores, las metas que definen y expresan las necesidades fundamentales deben ser concertadas por cada sociedad de manera objetiva (instrumental), y su cumplimiento debe asegurarse a todas las personas, eliminando cualquier condición que las pongan en peligro.

Siendo requerimientos universales, todas las necesidades fundamentales son igualmente legítimas y deberían reconocerse como derechos humanos incuestionables. Desde la perspectiva de Doyal y Gaugh la definición y el análisis de las necesidades fundamentales no es solamente un procedimiento técnico; debe soportarse en criterios ideológicos de tipo ético y político a menudo implícitos, pero cuyos criterios determinarán el rumbo de las decisiones [59]. El planteamiento de Doyal y Gaugh, muy estimulante y evocador, deja también muchos espacios abiertos a la crítica: En las actuales condiciones de inequidad de nuestros sistemas políticos, ¿es posible realmente lograr un consenso sobre las metas que consideramos esenciales para toda la humanidad? ¿es posible que esos consensos respondan “universalmente” a la heterogeneidad de las experiencias humanas? Al formular las necesidades como metas ideales... ¿tenemos realmente un margen de libertad para elegir las?

Max-Neef: necesidades y satisfactores

Una línea de pensamiento similar ha sido propuesta por un grupo de pensadores liderados por el sociólogo y economista chileno Manfred Max-Neef (1932-). Su argumento central [59,81] es que el desarrollo humano no se establece en términos cuantitativos, ni depende del mayor consumo de bienes materiales, sino que se logra en la medida en que se resuelvan las necesidades fundamentales de las personas. En su concepto, es indispensable superar los errores de los economistas clásicos a este respecto.

En primer lugar, las necesidades no son deseos infinitos elaborados subjetivamente. Por el contrario, las necesidades fundamentales son ciertas condiciones que definen los límites de la existencia humana y cuyo cumplimiento continuo y progresivo se impone como requisito para que las personas logren su óptimo desarrollo. No todas las necesidades humanas son fundamentales; muchas condiciones que se imponen a la vida son generadas realmente por condiciones particulares, y su relación con la supervivencia y el desarrollo puede ser escasa o nula; las “necesidades artificiales” son creadas por la sociedad de consumo, responden a intereses de terceros y no contribuyen al desarrollo humano. Por el contrario, las necesidades fundamentales son universales; son esencialmente idénticas para los diferentes grupos humanos y están sometidas a un cambio lento y progresivo

que marcha a la velocidad de la evolución de la especie. En opinión de Max-Neef, las necesidades fundamentales universales son finitas e identificables y pueden agruparse en ocho categorías: subsistencia, seguridad, identidad, comunicación, afecto, creación, ocio y autonomía; estas categorías son igualmente esenciales, no son jerarquizables y están vinculadas entre sí por una relación tan estrecha, que se resiste a satisfacciones parciales o desintegradas. Las necesidades humanas son carencias en la medida en que se experimentan como situaciones desagradables o displacenteras mientras no se disponga de un medio que las cumpla o satisfaga. Pero son también potencialidades y aún recursos para el desarrollo personal en la medida en que nos estimulan, impulsan, motivan y comprometen con el disfrute de la existencia [81].

Para Max-Neef y su grupo, el segundo error de los economistas clásicos es reducir la satisfacción de las necesidades fundamentales al consumo de mercancías. Las necesidades fundamentales configuran un sistema fuertemente integrado de requerimientos que se experimenta y resuelve simultáneamente en las cuatro dimensiones de la existencia humana: el ser, el tener, el hacer y el estar [81]. Cada necesidad conlleva por lo menos algún medio de enfrentarla, y este medio recibe el nombre de “satisfactor”. Pero las necesidades son muy diferentes a los satisfactores. No es lo mismo la necesidad de nutrición que el alimento que la satisface. Los satisfactores son medios que nos permiten resolver la permanente tensión generada por las necesidades fundamentales, asegurando que el requerimiento se vaya cumpliendo a lo largo de la vida. Los satisfactores pueden ser de varios tipos: bienes materiales; servicios; formas de interacción con los demás; normas de convivencia; y creencias y valores. A diferencia de las necesidades que son universales y finitas, los satisfactores son infinitos y cambian con las condiciones del grupo. La confusión tradicional entre necesidades y satisfactores defendida por los economistas clásicos ha desplazado el interés desde las necesidades hacia el consumo de mercancías, y permite a los ideólogos del mercado convertir la escasez relativa en un principio absoluto que fundamenta las políticas neoliberales: *“El capitalismo no tiene la culpa; es imposible pensar en satisfacer las necesidades fundamentales de la población”... “¡Nunca habrá recursos suficientes para acabar con la pobreza!”* [59].

Salud y necesidades fundamentales

Como podemos observar, alrededor de las necesidades y el desarrollo humano se ha generado una importante discusión que toca profundamente la esencia de las políticas públicas y de la práctica sanitaria. Sin embargo, las definiciones de salud recogidas por la literatura no han incorporado aún el debate sobre las necesidades humanas. El estudio de las necesidades constituye un reto y abre una ruta a la concepción de la salud y la enfermedad.

Desde esta perspectiva, la salud no es una necesidad aislada, sino un sistema complejo de requerimientos biológicos, comportamentales, sociales y ambientales que hacen posible la vida y permiten a las personas y los grupos enfrentar los retos que impone la existencia. El cumplimiento de este sistema de condiciones no es un fenómeno natural mecánico y pasivo, sino el resultado de un proceso complejo de interacciones entre los individuos con sus contextos sociales y sus condiciones materiales de existencia. La solución de este complejo sistema de necesidades no siempre es exitosa. Algunas de las necesidades pueden resolverse de manera parcial o inadecuada; se experimentan como estados displacenteros y restringen aún más las posibilidades de la existencia. Otras necesidades nos impulsan a explorar y disfrutar la vida. La valoración de los estados de satisfacción como salud o como enfermedad depende de los paradigmas vigentes en relación con el sentido de la vida humana. La noción de *Necesidades esenciales relacionadas con la salud* (NE-RS) se refiere a aquellos requerimientos universales que reflejan el sistema de valores incluidos en la definición de salud, considerándolos como un componente inseparable del desarrollo social integral [59]. Desde esta perspectiva, el proceso salud-enfermedad podría perfilarse como un proceso permanente y continuo de experimentación y realización de necesidades (carencias y potencialidades) individuales y colectivas, que determina la satisfacción de las personas y los grupos con su forma de vida de manera general; y de manera particular su forma de enfermar y morir. Adicionalmente, desde las perspectivas de Doyal, Gaugh y Max-Neef, las políticas, programas y servicios dejan de ser fines en sí mismos para asumir la forma de medios o satisfactores, cuya ejecución se justifica en la medida en que aseguren la satisfacción de aquellos requerimientos que se imponen a las personas amenazando su existencia.

La estrecha relación entre las necesidades, el desarrollo integral de los seres humanos y el proceso salud-enfermedad, constituye un reto para las formas tradicionales de entender y atender la salud cuyo análisis pudiera obligarnos a reformular varias de las concepciones y prácticas vigentes. A pesar de su importancia como eje de las intervenciones, la comprensión de las necesidades humanas enfrenta serias dificultades; entre ellas las siguientes:

- El análisis de las necesidades humanas es un asunto social perentorio, y por ello mismo profundamente ideologizado. A lo largo de la historia, los diferentes sistemas políticos imponen a la población sus criterios de valoración de las experiencias, incluyendo aquellos patrones que definen las necesidades y su legitimidad. Estos patrones oficiales, no siempre coinciden con las vivencias de la población, y

adicionalmente suelen distorsionarlas para ajustarlas a los estándares vigentes.

- Por el momento, la única forma que tenemos para acercarnos a la experiencia subjetiva de cada individuo es la comunicación. Sin embargo, como vimos anteriormente, pensadores como Freud y Lacan han destacado el efecto represor y distorsionador del lenguaje y la consciencia. Por consiguiente, ni el mismo sujeto es siempre consciente de las causas de su sufrimiento, ni de las metas que le impone su aparato psíquico.
- Adicionalmente, las necesidades no son condiciones estáticas; la forma como las personas las experimentan y resuelven puede cambiar a lo largo del curso de la vida. Esto nos obliga a replantear permanentemente los análisis.
- En la medida en que las necesidades se reconocen como requerimientos fundamentales y universales, configuran derechos. En tal sentido dejan de ser un problema académico para convertirse en un asunto político.

La calidad de vida... ¿atributo vital o indicador de mercadeo?

La noción de *calidad de vida* aparece en el seno de los debates públicos que se dieron a fines de la década de 1950 y durante los 60, en torno al deterioro del medio ambiente y de las condiciones de vida urbana. Para esta época, la expresión *calidad de vida* reflejaba el interés de los Estados de bienestar, por medir las consecuencias de sus políticas a través de datos objetivos e indicadores estadísticos que reflejaran apropiadamente el bienestar social de una población [12,13]. Inicialmente dichos indicadores hacían referencia a condiciones objetivas, de tipo económico y social. Sin embargo, a mediados de los 70, algunos autores criticaron la tendencia de los informes sociales y los estudios del nivel de vida, cuyos contenidos reducían el bienestar a indicadores económicos. Los críticos propusieron en cambio que la noción de calidad de vida se extendiera de manera más integral a otras situaciones donde pudiera verse el impacto de las políticas de bienestar, incluyendo la salud, las condiciones del hogar, y el juicio subjetivo de los usuarios sobre su propia experiencia. Este cambio de criterio suponía la existencia de una relación mecánica entre el desarrollo económico y la “calidad de la vida de la población”. Adicionalmente, valoraba a la existencia humana desde la lógica de la mercadotecnia que atribuía la calidad de los bienes consumibles a dos tipos de condiciones: las objetivas que son directamente observables y medibles; y las subjetivas que reflejan la satisfacción del consumidor. A mediados

de 1980, la noción de calidad de vida incorporó estos dos criterios a escalas multidimensionales que incluyen dos tipos de condiciones complementarias: a) Las condiciones objetivas en que ocurre la vida: calidad del medio ambiente, condiciones económicas, distribución de la riqueza y acceso a recursos y servicios, entre otras; b) el valor subjetivo que las personas asignan a estas condiciones y a sus resultados [82]. Ante la presión por avanzar hacia concepciones más holísticas, el término “calidad de vida” se usó indistintamente para hacer referencia al estado de salud, el bienestar físico (síntomas), la adaptación psicosocial, el desempeño funcional, la satisfacción con la vida y el grado de felicidad, hecho que aumentó la ambigüedad del constructo.

En el campo de la salud, el término “calidad de vida” es particularmente ambiguo, polisémico y objeto de serias críticas [83]. La expresión fue impuesta como término de moda a mediados de los años 80, entre administradores de salud, economistas, algunos médicos y compañías farmacéuticas, estimulados por agencias privadas y estatales que necesitaban justificar tanto los gastos como los recortes presupuestales [82]. El término ha hecho carrera entre los economistas de la salud que, ante la dificultad de encontrar evidencias directas de efectividad, han visto en la medición subjetiva un indicador adicional para justificar las intervenciones médicas y el consumo de servicios. En este contexto se desarrolló el concepto de “calidad de vida relacionada con la salud”, una noción multidimensional pero interesada por designar, de manera específica, los resultados de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas [84].

A pesar de su profuso desarrollo instrumental, que ha dado lugar a múltiples escalas usadas actualmente para establecer prioridades y evaluar servicios de salud, los críticos de este enfoque destacan: a) la ambigüedad de la calidad como constructo aplicado a la vida humana; b) la superficialidad conceptual del término “calidad” aplicado a la salud; c) las incoherencias de las mediciones; d) su dependencia de los contenidos ideológicos y los valores vigentes en cada grupo; y e) la dificultad de comparar condiciones y vivencias que, en sí mismas, son particularmente heterogéneas [82,85]. Un editorial desde Lancet, ha advertido que la inclusión de la calidad de vida como criterio de valoración en los ensayos clínicos, podría basarse en un conjunto de “premisas totalmente falsas”, y que la medición de la calidad de vida no presenta ventajas frente a la medición clínica [82,86]. La crítica se amplía también al campo de los ensayos clínicos controlados y la economía de la salud, donde la medición de la calidad de vida se ha expandido con fuerza:

“La calidad de vida es, después de todo, una construcción hipotética, no una entidad en sí misma; como tal, puede enfrentar la manipulación estadística. Existe un apoyo

creciente a la opinión de que las experiencias existenciales y dinámicas que parecerían estar bajo la rúbrica de la calidad de vida son inadecuadas para la medición, y el papel relativamente pequeño que el estado de salud parece jugar en la calidad de vida lo convierte en un concepto problemático para los clínicos” [82].

El cuestionamiento aplica a otras mediciones utilizadas en evaluación económica que consideran la calidad como constructo, tales como la “Calidad de vida relacionada con la salud” (Health related quality of life) y los “Años de vida ajustados por calidad (QALY). Para autores como Carr-Hill es difícil, si no imposible, discernir dónde se encuentra la ‘calidad’ en un QALY [87]. Adicionalmente, “*si no sabemos qué significa algo, los esfuerzos para medirlo serán inútiles en el mejor de los casos, y altamente engañosos en el peor*” [82].

El debate trasciende el ámbito académico para referirse a la dimensión ética:

“...no tiene precedentes que un término que carece de definición clara, sobre el que no hay consenso en la investigación o la comunidad clínica, que se mide mediante una variedad de cuestionarios de dudosa idoneidad y validez incierta, se está aplicando realmente en situaciones que afectan las decisiones tomadas sobre los enfermos. Esto no solo es imprudente sino antiético” [82].

La salud: ¿Asunto individual o asunto público?

Un último tema de este seminario se refiere al carácter público de la salud y la enfermedad.

La muerte de un niño por hambre... ¿es un asunto individual o un problema público? ¿Se trata de cantidades de casos? ¿Cuántos niños deben morir de hambre para que este hecho se considere problema público? En términos generales, ¿cuándo podemos decir que una enfermedad es un problema de salud pública?†.

Las nociones de lo público y lo privado son relativamente recientes en la historia; surgen con la modernidad en el marco de los debates sobre el contrato social. Sin embargo, su desarrollo tiene un origen muy antiguo y es el producto de posiciones encontradas que se materializan en categorías dicotómicas como “individuo-otro”, “sujeto-Estado moderno”, “privado-público” ... Aunque estas categorías tienen un origen diferente, se han impregnado mutuamente hasta hoy de forma tan estrecha que es difícil separarlas por completo [88].

La diferenciación entre lo público y lo privado tiene sus raíces en procesos biológicos, psíquicos y sociales que

siguen su propia dinámica, pero son complementarios: individuación y socialización; consciencia de sí; configuración de la alteridad; y concentración privada de la riqueza.

Individuación vs. integración. Lo que denominamos nuestra identidad es producto de dos procesos convergentes: la individuación y la integración. En este texto, la *individuación* se referirá al conjunto de procesos biológicos, psíquicos y sociales que diferencian a un ser humano, tanto de los demás elementos de la naturaleza como de los demás seres de su especie. Por su parte la *integración* designa al conjunto de procesos que asemejan a los individuos con su ambiente natural y su entorno social [88-90]. Tal como lo describió la teoría evolucionista de Darwin, la diferenciación biológica filológica y ontogenética que nos empuja hacia la heterogeneidad y la diversidad, conlleva enormes ventajas para el desarrollo, la adaptación y la supervivencia de las especies [91]. En el mismo sentido, la capacidad de atribuir un significado a las experiencias cambia de una persona a otra, e inclusive en una misma persona a lo largo del curso de la vida, generando y fortaleciendo no solo aquellos atributos particulares que nos distinguen de los demás, sino también aquellos atributos colectivos que nos identifican con el grupo. Por su parte la necesidad humana de sobrevivir con ayuda de otros nos impone interactuar con los demás. Como producto de dichas interacciones, el grupo impone a sus integrantes ciertos atributos distintivos considerados convenientes para la convivencia, y reprime al mismo tiempo aquellas características físicas o comportamentales que se asuman como peligrosas.

La individuación no puede entenderse sin considerar simultáneamente el efecto integrador de la socialización, que pasa por tres procesos interdependientes controlados por el grupo: el trabajo, el desarrollo, del lenguaje y el desarrollo de la consciencia. Estos tres procesos ocurren de manera distinta en cada ser humano y profundizan su diferenciación con los demás de su especie y de su grupo, manteniendo al mismo tiempo la cohesión social a través de un conjunto de reglas más o menos explícitas que reflejan los intereses predominantes, y se van incorporando a la forma de pensar de los individuos integrándolos en la masa [88]. “*La sociedad es clave en la individuación; hasta las actividades biológicas más elementales e íntimas de todo ser humano (nacimiento, nutrición, reproducción, desarrollo, muerte) se han venido realizando de acuerdo con condiciones y normas fijadas por el grupo a través de la crianza, la educación y la participación en las labores colectivas*” [88] Como

† Una versión ampliada de este seminario se publicó como Gómez-Arias R. Lo público y lo privado: Elementos para el análisis. Rev del Inst Salud Pública la Univ Veracruzana [Internet]. 10AD;20(71-89). Disponible en: <http://www.uv.mx/msp/files/2014/04/Universalud-20.pdf>

resultado de estos procesos, nuestra identidad (lo que somos o creemos ser) es a la vez única y múltiple; nos diferencia y nos une con el resto; somos al mismo tiempo individuo y masa.

La consciencia de sí y el reconocimiento de la alteridad. En este artículo nos referiremos a la “identidad” como el conjunto de características subjetivas y objetivas que van diferenciando a un ser humano de otros y se van incorporando a su consciencia de sí. Desde diferentes corrientes psicológicas, la identidad personal es el resultado de un proceso de diferenciación, estrechamente ligado al desarrollo de **la alteridad**. Este término se refiere a la capacidad de reconocer que el otro también existe como alguien diferente, que goza de su propia identidad y que pudiera tener derechos iguales a los míos [92]. Ambos procesos, individuación y reconocimiento de la alteridad, se configuran a partir de diferentes situaciones que se entrecruzan a lo largo de la vida; entre ellas: las particularidades biológicas; la historia emocional; las condiciones materiales donde vivimos y trabajamos; los conflictos que surgen entre las necesidades y la realidad externa; el reconocimiento que nos brindan los demás; las normas que se nos imponen desde el entorno social; y el significado propio que damos a las experiencias [88].

Algunos autores suponen que la imagen de sí mismo, es decir, la autoconsciencia de “quién soy Yo”, refleja la existencia de un ser coherente, integrado, armónico y bien delimitado. Basados en esta creencia hablan de personas que “*se conocen bien a sí mismas*”. Para otros autores, la imagen que tenemos de nosotros mismos está muy lejos de reflejar esta coherencia; en su opinión, los seres humanos somos una mezcla heterogénea y conflictiva de emociones, impulsos razones y acciones que con frecuencia van en rutas opuestas. “

Desde el Psicoanálisis, el Yo consciente de cada individuo (lo que creemos que somos), es realmente una instancia mediadora y difusa que pretende armonizar tres dimensiones de nuestra naturaleza que se encuentran en permanente conflicto: un componente irracional, instintivo y emocional (el Ello), un componente normativo y regulador (Súper yo), y una realidad externa que no gobernamos completamente” [88].

Desde la perspectiva psicoanalítica de Lacan, el clivaje es un mecanismo de defensa muy primitivo que actúa desde la infancia y nos lleva a formarnos imágenes aparentemente lógicas, integradas y coherentes para representarnos aspectos que son realmente contradictorios; el Yo clivado y fraccionado, propuesto por Lacan, sugiere que nuestra personalidad es múltiple, y que nuestra “identidad” es más aparente que real.

La configuración de la identidad o reconocimiento de sí mismo (que algunos denominan también “ipseidad”) implica el reconocimiento del otro (reconocimiento del

otro = alteridad), de tal modo que no se puede entender la identidad sin la alteridad.

“Sin embargo, imaginar a los otros como seres humanos distintos, pero a la vez semejantes, es un proceso tan complejo que muchas personas no lo logran nunca en su vida, llegando cuando más a reconocer a los demás como objetos o cosas externas, que giran alrededor de ellas como los planetas alrededor del sol” [88].

No es extraño entonces que el reconocimiento de los otros como experiencia, y su construcción como concepto (lo público) hayan permanecido ocultos a la consciencia y la cultura. Este hecho explica también las dificultades que tenemos cuando hablamos de intereses públicos en general y de “salud pública” en particular.

La relación individuo- sociedad. Como vimos en un seminario anterior, los procesos de individuación han cambiado de manera importante a lo largo de la historia [93]. Los griegos de la antigüedad establecían una marcada diferencia entre la polis (πόλις = ámbito de interés colectivo) y el hogar (οἶκος = ámbito de intimidad doméstica).

“Los procesos sociales de identificación preparaban a los griegos libres para interactuar como pares en la polis, un espacio social que estaba prohibido a los otros, y donde se construían mediante el debate y el consenso los intereses exclusivos de los hombres libres; la participación activa en los destinos de la polis era valorada como un privilegio, y la actitud del idiotikós que solo se preocupaba por sus asuntos individuales era mirada con desprecio” [88].

Según Foucault, con la aparición del cristianismo desaparecieron las opciones de individuación que constituían el privilegio de los ciudadanos varones y libres, para dar lugar a un proceso de sujeción de la identidad a los valores feudales; en virtud de este cambio, los individuos se convierten en “sujetos” sometidos a las normas sociales que los controlan desde su propio interior [93,94]. Las tecnologías del Yo aplicadas durante la Edad Media obligaron a los individuos a renunciar a sí mismos, sujetando sus identidades al molde único de la Iglesia católica universal. El rebaño lo es todo; nadie es nada fuera de la Iglesia.

El desarrollo del capitalismo impuso otro rumbo a la existencia humana; el trabajo, el apoyo a los demás, la comunicación y muchas otras interacciones que formaban parte de la vida cotidiana se revelaron como fuente de riqueza material. El Estado moderno, controlado por la burguesía en el poder, estableció las reglas básicas que deben asumir todos los individuos al interactuar con los demás en los mercados: no interferir con la libre iniciativa de los otros, participar activamente en la producción, responder por los contratos y respetar la propiedad privada. En este contexto surgen las nociones de público y privado que impregnan nuestra ideología actual.

La Modernidad reivindica el valor de aquellos sujetos que puedan operar en los mercados como individuos libres, conscientes, inteligentes, propietarios de bienes para sí mismos y capaces de contratar. El sujeto construido por la Modernidad está dotado de superpoderes: tiene una identidad personal, única y propia, caracterizable y estable, materializada en la capacidad de pensar, decidir y poseer bienes a partir de una voluntad libre; el sujeto debe ser capaz de interactuar y negociar sin limitaciones; asumir la responsabilidad por las transacciones que realice; y estar sometido lo menos posible al control de terceros [88].

Entre estos los valores que la Modernidad reconoce al individuo se destaca la capacidad de poseer bienes propios. La noción de propiedad privada se hipertrofia de tal manera en los sistemas políticos impuestos por la Modernidad, que oscurece y relega los demás valores relacionados con la igualdad y la solidaridad. Desde entonces, la noción de lo privado, estrechamente relacionada con el privilegio del sujeto y la defensa de la propiedad, se impondrá a las demás concepciones de la Modernidad, incluyendo la noción de lo público [88], que se va configurando como una categoría ambigua, débil, y relegada por el discurso oficial.

Pero los mercados enfrentan también a los sujetos con la dimensión de lo ajeno; de los otros con quienes es necesario interactuar y negociar para producir y obtener utilidades. Sin este espacio social externo al sujeto propietario, no son posibles ni el comercio ni el enriquecimiento; los otros sujetos, el resto de la gente, el mercado, son la fuente de la riqueza y deben ser protegidos y regulados. La Modernidad se ve forzada a construir una noción de lo público que no ponga en peligro los derechos individuales, y especialmente el privilegio de concentrar la riqueza material. La noción de “lo público” que va emergiendo en la Modernidad tardía se refiere a un conjunto complejo, heterogéneo y amorfo de individuos, que solo adquiere cierta identidad propia en función aquellos intereses visibles que se confrontan en los mercados (consumidores y proveedores). La noción de lo público emerge con fuerza, apoyada en la figura moderna del contrato social, para expresar aquellos ámbitos de transacción que afectan la vida de los demás. Desde el s. XIX aparecen varios enfoques de lo público, entre los cuales vamos a citar dos que predominan en la sociología contemporánea y han ejercido una importante influencia en salud pública [95]:

- La perspectiva individualista defendida por Vilfredo Pareto y Max Weber, quienes consideran lo público como el producto de las interacciones entre los individuos. La clave está en los individuos, y lo público es el resultado de la sumatoria de sus interacciones e intereses. Las poblaciones se asumen como colecciones de individuos y se analizan partiendo de observaciones aisladas que se

generalizan al conjunto. Desde este punto de vista la salud pública de una población se define sumando y promediando los atributos individuales de los miembros del grupo. En el mismo sentido, el perfil epidemiológico del grupo se modifica mediante intervenciones individuales que se van sumando.

- En contraste con el enfoque anterior, la perspectiva colectiva propuesta, entre otros por Carlos Marx y Emilio Durkheim, considera lo público como una pluralidad de condiciones, interacciones e intereses sociales que se van configurando a lo largo de la historia del grupo, y propone que los individuos son solo una parte de esta totalidad. A diferencia de las poblaciones, las sociedades no son colecciones amorfas de individuos, sino estructuras con atributos y dinámicas propias. En tal sentido, las condiciones de existencia del grupo configuran estructuras con una identidad más o menos caracterizable, y van definiendo la forma como los individuos viven e interpretan sus experiencias. En el marco de esta reflexión, la noción de lo público se va configurando como un tipo particular de interacción social que se fortalece en la medida en que los miembros del grupo explicitan y comparten sus intereses.

La discusión sobre lo público se encuentra estrechamente relacionada con el concepto de “bienes públicos”, término también polisémico. En la antigua Roma este término (*res publica*) se refería a aquellos bienes que podían ser usados por cualquier persona (fuentes de agua, calles, puentes...) pues de otra forma la sociedad misma se veía menoscabada. Durante la Edad Media, todos los bienes pertenecían al monarca, quien podía expropiarlos a sus súbditos y utilizarlos libremente en su propio beneficio. En las democracias modernas se asume que el Estado es el representante de los ciudadanos y que en tal sentido los bienes públicos pertenecen, por lo menos en teoría, a estos últimos. En su afán por defender la propiedad privada por encima de los demás valores, la noción moderna de “bien público” ha derivado hasta hoy en una categoría remanente relacionada con aquello que por el momento está en custodia del Estado, y que ningún particular puede reclamar (por lo menos todavía) como exclusivamente suyo. Esta concepción ideologizada y superficial de los bienes públicos es completamente compatible con la corrupción y con la creciente apropiación privada de bienes tan esenciales para la humanidad como el agua, la energía, la tierra y los recursos naturales. “El carácter problemático de este enfoque es evidente, porque lo que conviene al sujeto propietario no siempre conviene al resto del grupo, y esto es notorio en el mundo capitalista donde la concentración del capital amenaza el desarrollo y la supervivencia

de gran parte de la población mundial“ [88]. El énfasis de los ideólogos liberales en privilegiar los intereses individuales, lleva a algunos de ellos a rechazar la idea de que existan derechos colectivos, a menos que éstos se relacionen con los derechos individuales y no pongan en peligro la propiedad privada de los bienes.

Las nociones de lo público y lo privado no son solamente la manifestación de diferencias y patrones comunes impuestos por condiciones biológicas y naturales sino, ante todo, el resultado de construcciones sociales que integran o excluyen a las personas de procesos colectivos, de acuerdo con los intereses de los grupos hegemónicos. Desde diferentes contextos, históricamente determinados, dichos intereses se han venido imponiendo a nuestra forma de entender ciertos procesos, claves para cualquier sociedad, como la individuación, la independencia, la autonomía, el reconocimiento de los derechos humanos, la adopción de comportamientos responsables, el respeto por los otros y el disfrute de la vida. Estos mismos intereses generan también procesos de segregación, insolidaridad, intolerancia, exclusión y opresión.

La “salud pública” emergió en la Modernidad temprana como un discurso y una práctica que reflejaban el interés por asegurar la productividad y el orden de los mercados. Asumir que lo público no es un dato sino un constructo que se elabora a partir de la visibilización de los intereses colectivos, de la confrontación, del debate, y del compromiso político con los grupos excluidos, implica reconocer que la salud no es un asunto público sólo cuando afecta muchas personas, sino cuando es reconocido por el grupo como un bien común, cuya dinámica afecta los intereses colectivos.

Teniendo en cuenta estas discusiones es posible comprender que la noción de “salud pública” cuyo contenido remite a reconocer la salud como asunto público, sea actualmente un término polisémico donde se reflejan diferentes ideologías [95] que albergan, por lo menos, tres grandes grupos de significados [96]:

- Un conjunto de eventos y procesos biológicos, psíquicos y sociales que experimenta la gente a lo largo de la vida, y que cada grupo reconoce y valora como asunto de interés común.
- Un área amplia y heterogénea del conocimiento que involucra, entre otros saberes, la biología, la epidemiología, la demografía, y otras ciencias sociales, y que tiene como objeto dar cuenta del proceso salud enfermedad en las poblaciones. Este campo del conocimiento se materializa en discursos y métodos no siempre convergentes, cuyo contenido refleja también una amplia diversidad de influencias de tipo epistemológico, ideológico, científico y político.

- Un conjunto de prácticas e intervenciones relacionadas de forma directa e indirecta con la protección y mejoramiento de la vida y de las condiciones que configuran su manifestación en cada contexto histórico. Dichas prácticas obedecen a su vez a los contextos sociales y a los paradigmas predominante en cada grupo.

Reflexiones para continuar el debate.

Entre las diferentes concepciones que dan cuenta de la salud y la enfermedad en Occidente, ha predominado el paradigma medicalizado, que ha venido cambiando a lo largo de la historia y que en la actualidad reproduce las condiciones generales de los mercados no regulados, y del modelo económico que concentra la riqueza generada por los trabajadores. En lo particular, la medicalización de la salud reproduce también, de manera específica, los intereses de la industria médico-farmacéutica. Las distintas perspectivas que dan cuenta de la salud y el sufrimiento reflejan también las contradicciones que se dan entre los grupos humanos en diferentes momentos de la historia. Algunas de estas contradicciones han dado lugar al surgimiento de nuevas categorías que nos obligan a reexaminar los paradigmas tradicionales. Estas perspectivas emergentes deberían constituir un punto obligado en los debates sobre la comprensión de la vida, la salud y la enfermedad; y entre ellas se destacan por su importancia por lo menos tres:

El alcance práctico de asumir la salud como derecho fundamental. El reconocimiento del derecho de las personas a disfrutar de la vida y la salud como derechos fundamentales e irrenunciables, emerge con fuerza desde los movimientos sociales. Este es tal vez uno de los principales debates a continuar, porque el reconocimiento y la protección de la salud como derecho, enfrenta en la actualidad múltiples enemigos y obstáculos. Los debates subsiguientes no pueden limitarse al alcance teórico, jurídico y formal del derecho. Entre otros aspectos, deberían identificar aquellas estructuras de poder que se oponen a su realización, y explorar estrategias que permitan lograr su expansión y defensa.

El alcance práctico de asumir la salud desde la perspectiva de las necesidades esenciales de todo ser humano. Entre las categorías que pudieran incorporarse a los debates sobre la salud y la enfermedad figura el concepto de necesidad, tema que ha sido trabajado ampliamente por las ciencias sociales, pero donde aún no existe consenso, y cuyos elementos no se han incorporado de manera suficiente a los análisis en salud pública. A este respecto, entender la salud y la enfermedad como expresión de necesidades humanas fundamentales nos ayudaría a formular intervenciones y estrategias más integrales. Para ello es necesario aún profundizar en la conceptualización de las

necesidades humanas como requerimientos que se imponen a la existencia, precisando sus dimensiones universales y su variabilidad histórica. Es importante también avanzar en la conceptualización de las necesidades como derechos fundamentales y, desde esta perspectiva, valorar la pertinencia o no de someterlas a procesos de priorización. Se requiere igualmente aclarar las relaciones que pueden darse entre las necesidades y la salud. En el campo operativo, el debate podría explorar rutas procedimentales que faciliten la identificación y el análisis de las necesidades de la población en materia de salud.

El alcance práctico de asumir la salud y el sufrimiento como un asunto de interés público. El seminario sobre las nociones de salud y enfermedad más allá del modelo médico revela no solamente el predominio de la perspectiva individualista, sino también la precariedad de la noción de “lo público”, una categoría polisémica e ideologizada, que ha recibido menos atención en los debates. El enfoque individualista refleja y reproduce los intereses y valores del modelo económico vigente, y tiene profundas repercusiones sobre la práctica: responsabiliza a los individuos de sus riesgos y daños; enmascara el papel que juega la organización social en la generación del sufrimiento; y privilegia el control de aquellas anomalías orgánicas y mentales susceptibles de atención médica, que reducen la productividad económica y alteran el orden de los mercados. Su enfoque, particularmente restrictivo, consolida la medicalización como proceso individual que se resuelve en los mercados de servicios médicos, y desconoce otras formas de sufrimiento humano que afectan una alta proporción de la población mundial, tales como la exclusión, la pobreza, la explotación y la vulneración de los derechos humanos. Aunque esta discusión no es nueva en salud pública, los debates ulteriores podrían profundizar en el alcance de lo que deberíamos considerar como “asunto de interés público” superando la perspectiva cuantitativa de lo colectivo. Adicionalmente, las discusiones podrían orientarse con un criterio práctico hacia las estrategias requeridas para asegurar que la salud sea reconocida, defendida y protegida, por las comunidades y sus dirigentes, como *un bien de interés público*.

Referencias

- Gough I. Los Estados de bienestar europeos : lecciones para países en desarrollo. Papeles [Internet]. 2007;99:13–39. Disponible en: http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/17061/original/Estados_de_bienestar_europeos.pdf
- Naciones Unidas: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Los principales tratados Internacionales de Derechos Humanos [Internet]. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas; 2006. 233 p. Disponible en: www.ohchr.org/Documents/Publications/CoreTreaties.pdf
- OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1948) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.; 2006. p. 20. Disponible en: www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Esping-Andersen G. Después de la edad de oro: El futuro del estado benefactor en el nuevo orden mundial. *Desarrollo Econ.* 1996;36(142):523–53.
- Aghion P, Bolton P. A Theory of Trickle-Down Growth and Development. *Rev Econ Stud* [Internet]. 1997;64(2):151. Disponible en: <https://academic.oup.com/restud/article-lookup/doi/10.2307/2971707>
- Rosta J. Trickle-Down Effect. US Bank [Internet]. 2009;119(9):2009. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bsh&AN=43978677>
- Morgenfeld L. Desarrollismo, Alianza para el progreso y revolución cubana: Frodizi, Kennedy y el Ché en Punta del Este (1961-1962). *Ciclos Hist Econom Soc.* 2012;20(40).
- CEPAL. Carta de Punta Del Este. *Rev Bras Política Int.* 1961;4(16):157–69.
- Gomez-Arias R. Contexto de la planificación de la salud en Latinoamérica: un intento por resolver problemas políticos con acciones técnicas. *Rev del Inst Salud Pública la Univ Veracruzana* [Internet]. 2014;10(20):7–22. Disponible en: <http://www.uv.mx/msp/files/2014/04/Universaldud-20.pdf>
- Smart B. *Economy; Culture and Society*. Buckingham, UK: Open University Press; 2003.
- Laurell AC. La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuad Médico Soc.* 1982; Enero(19):1–11.
- Universidad Carlos III de Madrid. Introducción a la causalidad. In: *Bioestadística* [Internet]. 2012. p. 55–10536. Disponible en: <http://halweb.uc3m.es/esp/Personal/personas/amalonso/esp/bstat-tema1c.pdf>
- Laza Vásquez C. La causalidad en Epidemiología. *Red Rev Científicas América Lat el Caribe, España y Port* [Internet]. 2006;8(0124–8146):18. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2390/239017506002.pdf>
- Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud en el Siglo XXI. IV Conf Intnacional sobre la promoción la Salud [Internet]. 1997;1–11. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf
- ONU. Resolución 2200A (XXI): Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR). [Internet]. New York: Organización de Naciones Unidas: Asamblea General.; 1966. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- Doyal L, Gough I. Teoría de las Necesidades Humanas. *Icaria*; 1994. 408 p.
- Gough I. El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas. *Papeles Relac Ecosociales y Cambio Glob.* 2007;(100):177–202.
- Nussbaum M. *Women and Human Development: The Capabilities Approach*. Vol. 3, *Australasian Journal of Philosophy*. 2001. 312 p.
- Vélez-Arango AL. El derecho a la salud: una visión a partir del enfoque de capacidades. *Rev Fac Nac Salud Publica.* 2015;33(1):93–100.
- Restrepo-Ochoa DA. La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013;29(12):2371–82. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n12/v29n12a03.pdf>

21. Urquijo Angarita MJ. La teoría de las capacidades en Amartya Sen. *Edeñana Estud y propuestas socio-educativas*, ISSN 0214-8560, No 46, 2014, pág 63-80. 2014;(46):63–80.
22. Cejudo Córdoba R. Capacidades y libertad. Una aproximación a la teoría de Amartya Sen. *Rev Int Sociol RIS*. 2007;LXV, N° 47(Mayo-Agosto):9–22.
23. Sen A. La idea de la justicia. Vol. 81, *Cultura Económica*. 2010. 499 p.
24. Sen A. Elements of a theory of human rights. *Philos Public Aff*. 2004;32(4):315–56.
25. Hoevel C. La teoría de la justicia de Amartya Sen y los orígenes del concepto católico de justicia social en Antonio Rosmini. *Rev Cult Económica* [Internet]. 2011;29:81–2. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/teoria-justicia-amartya-sen.pdf>
26. Nussbaum M, Sen A. Capacidad y bienestar. In: *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica; 1998. p. 588.
27. Colmenarejo R. Enfoque de capacidades y sostenibilidad Aportaciones de Amartya Sen y Martha Nussbaum. *Ideas y Valores*. 2016;65(160):121–49.
28. Nussbaum M. Crear Capacidades. Propuesta para el Desarrollo. In: *Crear capacidades Propuesta para el desarrollo humano*. 2012. p. 37–66.
29. Nussbaum M. Nature, Function and Capability: Aristotle on Political Distribution. *Oxf Stud Anc Philos* [Internet]. 1998;1(Supplementary):150. Disponible en: <https://www.wider.unu.edu/sites/default/files/WP31.pdf>
30. Venkatapuram S. Health, Luck, and Justice. *Social Health Illn* [Internet]. 2010;32(6):965–7. Disponible en: [10.1111/j.1467-9566.2010.01263.x%5Cnhttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=55594725&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=55594725&site=ehost-live)
31. Venkatapuram S. On Health Justice. Some Thoughts and Responses to Critics. Vol. 30, *Bioethics*. 2016. p. 49–55.
32. Venkatapuram S, Marmot M. Epidemiology and social justice in light of social determinants of health research. Vol. 23, *Bioethics*. 2009. p. 79–89.
33. Venkatapuram S. Social determinants of health. *Handbook of the Philosophy of Medicine*. 2017.
34. García-Vesga MC, Domínguez-de la Ossa E. Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas : Una revisión analítica. *Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv*. 2013;11(1):63–77.
35. Vanistendael S. La resiliencia: Desde una inspiración hacia cambios prácticos. 2o Congr Int Los Trastor Del Comport En Niños Y Adolesc. 2005;(pagina 8):1–13.
36. Vanistendael S, Vilar J, Pont E. Reflexiones en torno a la resiliencia. Una conversación con Stefan Vanistendael. *Educ Soc Rev d'Intervenció Socioeducativa*. 2009;(43):93–103.
37. Calle DA. Apego, desarrollo y resiliencia. *Inf Psicológicos*. 2012;12(1):25–40.
38. Castillo JAG del, Castillo-López ÁG del, López-Sánchez C, Días PC. Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Heal Addict y Drog* [Internet]. 2016;16(1):59–68. Disponible en: <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/263>
39. Fiorentino M. La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica* [Internet]. 2008;15(1):95–114. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=32488496&lang=es&site=ehost-live>
40. Dubos R. El espejismo de la salud: Utopías, progreso y cambio biológico. México: Fondo de Cultura Económica; 1975. 309 p.
41. Dubos R. El hombre en adaptación. México: Fondo de Cultura Económica; 1975. 398.
42. Bulygin E. Sobre el estatus ontológico de los derechos humanos». *Doxa Cuad Filos del Derecho*. 1987;4:79–85.
43. Cruz Reyes E. Derechos Humanos, Estado de Derecho y Constitución. *Criterio Jurídico Garantista* [Internet]. 2010;(2):62–83. Disponible en: <http://revistas.fuac.edu.co/index.php/criteriojuridicogarantista/article/viewFile/315/298>
44. Herrera DA. La ley natural y la persona humana como principio y fundamento del derecho y del orden jurídico. In: *Los derechos humanos en Latinoamérica*. 2010.
45. Cossío Díaz JR, Lara Chagoyán R. ¿Derechos humanos o jurisprudencia infalible? *Cuest Const*. 2015;(32):81–109.
46. Niño C-S. *Ética y derechos humanos : un ensayo de fundamentación*. 2a ed. Buenos Aires: Editorial Astrea; 1989. 255 p.
47. Alcalá HN. Los derechos económicos, sociales y culturales como derechos fundamentales efectivos en el constitucionalismo democrático latinoamericano. *Estud Const*. 2009;7(2):143–205.
48. ONU. Resolución 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16). New York: Organización de Naciones Unidas: Asamblea General.; 1966 p. ONU Doc. A/6316.
49. Novena Conferencia Internacional Americana. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Artículo XI. In Bogotá; 1948.
50. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR): Resolución 2200A (XXI) [Internet]. Washington; 1966. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
51. Naciones Unidas: Comité de Derechos Económicos S y C. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No. 14 [Internet]. Ginebra; 2000. Disponible en: <http://www.cetim.ch/es/documents/codesc-2000-4-esp.pdf>.
52. Colombia: Procuraduría General de la Nación. El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del estado colombiano. En materia de quejas en salud [Internet]. 2008. Disponible en: https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/.../INFORME_SOBRE_SALUD.pdf
53. Bernal Pulido C. Derechos fundamentales. *Encicl Filos y Teoría del Derecho*. 2015;2:1571–94.
54. Ferrajoli L. Sobre los derechos fundamentales. *Cuest Const Rev Mex derecho Const* [Internet]. 2006;(15):42–59. Disponible en: <http://132.247.146.34/index.php/cuc/article/view/2172>
55. Muñoz Hernández J fernando, Vanegas Velásquez AC. Límites de los Derechos Fundamentales. *Revista Nuevo Derecho*. Vol.03, No.03. 2008. p. 49–63.
56. Hernández-Álvarez M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización [Internet]. Vol. 2, *Revista de Salud Pública*. 2010. p. 121–44. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18882>
57. Gañán-Echavarría JL. De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. In: *Montor estratégico* [Internet]. Bogotá: Colombia. Superintendencia Nacional de Salud; 2013. p. 1–13. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/.../naturaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf>
58. Colombia-Corte Constitucional. Sentencia C-251/97 [Internet]. Bogotá; 1997. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/1997/C-251-97.htm>

59. Gómez-Arias R. Gestión de necesidades relacionadas con la salud: Una introducción al tema. *Rev del Inst Salud Pública la Univ Veracruzana* [Internet]. 2014;10(20):23–40. Disponible en: <http://www.uv.mx/msp/files/2014/04/Universalud-20.pdf>
60. Alguacil-Gomez J. Las necesidades humanas: descender un escalón en la complejidad, en *Calidad de Vida y Praxis Urbana. Nuevas iniciativas de gestión ciudadana en la periferia social de Madrid* (1988) [Internet]. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, Colección Monografías; 2000. Disponible en: http://habitat.aq.upm.es/cvpu/acvpu_6.html
61. Puig, Montserrat; Sabater-Mateu, Pilar; Rodríguez-Ávila N. Necesidades humanas: evolución del concepto según la perspectiva social. *Aposta Rev ciencias Soc* [Internet]. 2012;54. Disponible en: <http://www.apostadigital.com/revstav3/hemeroteca/monpuiglllob.pdf>
62. McConell C. *Economía*. 14th ed. Bogotá: McGraw-Hill-Interamericana; 2000.
63. Maturana H. *De máquinas y seres vivos. Autopóiesis: la organización de lo vivo*. Chile: Editorial Universitaria; 1977.
64. Cortina A. *Por una Etica del consumo*. Madrid: Taurus; 2002. 350 p.
65. Culyer AJ. Economics and ethics in health care. Vol. 27, *Journal of medical ethics*. 2001. p. 217–22.
66. Culyer AJ. The normative economics of health care finance and provision. *Oxford Rev Econ Policy*. 1989;5(1):34–58.
67. Culyer AJ, Wagstaff A. QALYs versus HYE. *J Health Econ*. 1993;12(3):311–23.
68. Culyer AJ. The bogus conflict between efficiency and vertical equity. *Health Economics*. 2006;15(11):1155–8.
69. Culyer AJ. The dictionary of health economics, second edition [Internet]. *The Dictionary of Health Economics, Second Edition*. 2010. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84882005306&partnerID=tZ0tx3y1>
70. Culyer AJ, Lomas J. Deliberative processes and evidence-informed decision making in healthcare: Do they work and how might we know? *Evid Policy*. 2006;2(3):357–71.
71. Culyer TJ, Wagstaff A. Need, equity and equality in health and health care. *Work Pap* [Internet]. 1992;12(4):431–457. Disponible en: <http://ideas.repec.org/p/chy/respap/95chedp.html>
72. Mochón F. *Economía; teoría y política*. 5th ed. Madrid: McGraw-Hill; 2005.
73. Alonso LE. *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa*. 2a ed. Madrid: Editorial fundamentos Colección Ciencia; 2003. 182 p.
74. Marx K. *La ideología alemana* (1845). Barcelona: Lèina Editorial; 1988. p45 p.
75. Heller A. *Teoría de las necesidades en Marx* [Internet]. Barcelona: Ediciones Península; 1986. Disponible en: <https://cv2.sim.ucm.es/moodle/file.php/21974/MarxMarxismo/5.DocumentosSobreMarx/7.HellerTeoriaDeLasNecesidadesEnMarx.pdf>
76. Heller A. *A Theory of Needs Revisited*. Thesis Elev. 1993;35:18–35.
77. Heller A. *Una revisión de la teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Paidós; 1986.
78. Malinowski BK. *The Group and the Individual in Functional Analysis*. *Am J Sociol*. 1939;44(6):938–64.
79. Malinowski BK. *Una teoría científica de la cultura* (1944). Barcelona: Edhasa; 1970. 90 p.
80. Maslow A. *A Theory of Human Motivation*. *Psychol Rev*. 1943;50:370–96.
81. Max-Neef ME; A; Hopenhayn; M. *Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro*. Motala (Suecia): CEPAUR-Fundación Dag Hammarskjöld; 1986.
82. Hunt SM. The problem of quality of life. *Qual Life Res*. 1997;6(3):205–12.
83. Cardona DA, Byron Agudelo HG. Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2005;23(1):79–90. Disponible en: http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/3c569269-fd71-4c59-9e19-0e241ef0b1e3/2005_Construcción+cultural+del+concepto+calidad+de+vida.pdf?MOD=AJPERES
84. WHOQOL Group-World Health Organization. Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403–9.
85. Leplège A. The Problem of Quality of Life in Medicine. *JAMA J Am Med Assoc* [Internet]. 1997;278(1):47. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.1997.03550010061041>
86. Quality of life and clinical trials. *The Lancet*. 1995;346(8966):1–2.
87. Carr-Hill RA. Allocating resources to health care: Is the QALY (Quality Adjusted Life Year) a technical solution to a political problem? *Int J Heal Serv* [Internet]. 1991;21(2):351–63. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0025925564&partnerID=40&md5=b3b30a040b4b20550eea bd5d166885fa>
88. Gómez-Arias R. Lo público y lo privado: Elementos para el análisis. *Rev del Inst Salud Pública la Univ Veracruzana* [Internet]. 10AD;20(71–89). Disponible en: <http://www.uv.mx/msp/files/2014/04/Universalud-20.pdf>
89. Blum HP. Separation-individuation theory and attachment theory. *J Am Psychoanal Assoc*. 2004;52(2):535–53.
90. Mahler MS. On the first three subphases of the separation-individuation process. *Int J Psychoanal*. 1972;53 (Pt 3):333–8.
91. Fontdevila A, Moya A. *Evolución: Origen, adaptación y divergencia de las especies*. Madrid: Síntesis; 2003.
92. Conill J. La alteridad recíproca y la experiencia de reconocimiento. *Investig Fenomenol*. 2010;61–77.
93. Foucault M. *Tecnologías del Yo* [Internet]. Editorial Paidós, España. 1990. 59 p. Disponible en: <http://scholar.google.com/scolar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Tecnologías+del+Yo#3>
94. Foucault M. *Hermeneutica del sujeto* (1982) [Internet]. Madrid: La Piqueta; 1994. 142p p. Disponible en: <https://seminarioatap.files.wordpress.com/2013/02/foucault-michel-hermeneutica-del-sujeto.pdf>
95. Nijhuis HV der ML. The philosophical foundations of public health: An invitation to debate. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 1994;48:1–3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1059882/pdf/jepicomh00196-0006b.pdf>
96. Gómez-Arias R. La noción de “salud pública”: Consecuencias de la polisemia. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2002;20(1):101–16. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12020109>

