

Capítulo 1

Una teoría basada en los derechos para la justicia sanitaria



José-Antonio Seoane

Resumen La salud es una necesidad y un bien universal que merece protección, aunque no haya consenso sobre su significado y alcance. No obstante, este capítulo aboga por una teoría de la sanidad basada en los derechos, considerando que su protección debe considerarse un deber público de justicia. Para desplegar tal teoría, el capítulo comienza justificando la elección de los derechos y el derecho como fundamento normativo apropiado e incluso esencial. Continúa con algunas aclaraciones conceptuales y examina los elementos clave y el quintuple fundamento filosófico de la teoría basada en los derechos. A continuación, analiza cómo puede aplicarse la teoría a través de un modelo de dos niveles o de dos niveles. Por último, el capítulo concluye con una breve recapitulación de algunos de estos aspectos.

Palabras clave Enfoque de las capacidades - Derechos fundamentales - Derecho - Necesidades

Reconocimiento - Funcionamiento seguro

A pesar de ser una de las necesidades humanas más básicas (Doyal y Dough 1991, 4 y 50 y ss.) y un bien individual y social, la salud no está garantizada para todos, en todas partes. Existen importantes disparidades sanitarias entre las personas y las comunidades, aunque sólo algunas de ellas son desigualdades sanitarias que pueden considerarse injusticia o inequidad sanitaria. Esta debería ser una de las principales preocupaciones de una teoría de la justicia sanitaria que pretenda definir cómo una sociedad y sus sistemas normativos deberían abordar las desigualdades en materia de salud.

El propósito de este capítulo es abordar esta preocupación defendiendo una teoría de la justicia sanitaria basada en los derechos. Comienzo justificando la elección de (1) los derechos y la ley como fundamento normativo apropiado e incluso esencial. A continuación examino (2) los elementos subjetivos y objetivos clave de la teoría basada en los derechos y su fundamento filosófico. A continuación, discuto (3) cómo puede aplicarse la teoría a través de un modelo de dos niveles o de dos niveles. Por último, concluyo con una (4) breve recapitulación de algunos de estos aspectos.

J.-A. Seoane (✉)

Universidad de A Coruña, A Coruña, España

Correo electrónico: jose.antonio.seoane@udc.es

© El autor(es) 2024

J.-A. Seoane y O. Vergara (eds.), *El discurso de los bioderechos*, Biblioteca Internacional de Bioética 109, https://doi.org/10.1007/978-3-031-66804-3_1

1.1 ¿Por qué los derechos?

El valor social e individual de la salud justifica que sea reconocida y protegida como un derecho básico. Los derechos fijan el valor de la salud y dan buenos argumentos para lograr la justicia sanitaria. Desde un punto de vista descriptivo, constituyen una característica esencial del Estado de derecho constitucional y expresan reivindicaciones justificadas en materia de justicia a escala nacional e internacional. Desde un punto de vista prescriptivo, las características de los derechos los convierten en la propuesta normativa más convincente para la protección de la salud.

1.1.1 *El contexto político*

Para ser justa, cualquier decisión sobre la asignación de bienes y cargas en el ámbito de la salud debe tener en cuenta el contexto en el que se aplica y, por tanto, los dos principales procesos de transformación de nuestros sistemas políticos contemporáneos: la constitucionalización y el traspaso de las fronteras estatales, principalmente como globalización. En ambos procesos los derechos desempeñan un papel importante como elemento central del Estado de derecho constitucional y de la justicia internacional.

El primer factor es la constitucionalización. Tras la Segunda Guerra Mundial, surgió en Europa una nueva configuración ética, política y jurídica de nuestras sociedades: Las constituciones aparecieron como un orden axiológico que impregna todas las esferas de la vida social. El modelo jurídico-político de los siglos anteriores, el Estado de derecho legislativo, se agota y es sustituido por el Estado de derecho constitucional, que exige otra respuesta teórica (Alexy 1987, 405-408; Ferrajoli 2008, 33 y ss.). La Constitución se considera una norma jurídica, válida y aplicable que ostenta la supremacía legal dentro del sistema jurídico, y las normas constitucionales son normas cargadas de valores que a menudo aparecen como principios, por lo que exigen un razonamiento y un equilibrio jurídicos prácticos. Además de establecer los límites del poder, la Constitución garantiza sus valores fundamentales a través de los derechos básicos omnimodos, que tienen una doble dimensión: individual o subjetiva, como libertades individuales, y objetiva o institucional, como elementos arquitectónicos del ordenamiento jurídico, fundamentos de la comunidad política y criterios rectores para alcanzar los objetivos constitucionales.

El segundo factor es la tendencia a superar los límites del Estado, principalmente la globalización del Derecho (Ferrarese 2012). En el modelo clásico, los rasgos jurídicos dependen de los políticos y el Estado de Derecho se caracteriza por las normas legislativas (Kelsen 1960, §§ 36 ss.; Bobbio 1979). Sin embargo, la soberanía ya no es un poder tan absoluto y el sistema jurídico nacional ya no es el único dentro de su territorio. Una tendencia *ad extra* o supranacional y una tendencia *ad intra* o infranacional muestran que la soberanía y la territorialidad, factores distintivos del Estado, se erosionan y redefinen. Al final, el consenso internacional sobre los derechos y la democracia refuerza la relación entre globalización y constitucionalización (Ferrajoli 2007, 552 y ss.) y explica el constitucionalismo multinivel posnacional (Pernice 2006).

1.1.2 La contribución del Derecho

Toda sociedad pretende proteger la vida y la salud como bienes básicos a través de vías informales o no institucionales, como las formas sociales, los hábitos, las tradiciones o la moral, y de vías institucionales, siendo la ley la más importante. No obstante, el acuerdo sobre la importancia de la vida y la salud se desvanece a la hora de definir su significado y protección. Este pluralismo axiológico da lugar a desacuerdos razonables sobre el bien y el mal (Rawls 1993), que pueden resolverse mediante el diálogo o el discurso práctico racional característico de las democracias deliberativas (Habermas 1997). Sin embargo, tras ese diálogo puede haber varios resultados discursivos correctos. Dado que una sociedad justa no puede permitir que la vida y la salud permanezcan desprotegidas hasta que se alcance la respuesta óptima mediante una argumentación ideal ilimitada, son necesarios determinados procedimientos e instancias -principalmente legislativas y jurisdiccionales o judiciales- para poner fin a esta fase deliberativa, guiar su realización y garantizar la consecución de una decisión. En este punto, la dimensión institucional cobra importancia y conduce a un sistema normativo capaz de ofrecer una respuesta correcta que resuelva la controversia.

El llamado problema del conocimiento puede resolverse mediante el derecho, que elimina la incertidumbre, confirma el reconocimiento de nuestros valores o bienes básicos mediante su formulación jurídica e impide que la fuerza o la justicia privada sean el criterio para la toma de decisiones. El derecho también aborda el problema de la organización, coordinando las expectativas personales para fomentar la cooperación social, lo que alivia la insuficiencia de la iniciativa individual y la cooperación espontánea para alcanzar determinados fines y bienes morales. Por último, protege nuestra fragilidad, resuelve conflictos y garantiza la eficacia a través de su normatividad o fuerza vinculante, imponiendo el cumplimiento de sus disposiciones. Dado que el reconocimiento jurídico de la vida o la salud como valores compartidos no implica un acuerdo global o unánime sobre su alcance, ni que las normas jurídicas que los regulan vayan a ser siempre respetadas y cumplidas, el derecho también responde al problema de la aplicación de la ley recurriendo en última instancia a la coerción, es decir, a la posibilidad del ejercicio legítimo de la fuerza para garantizar la obediencia y la aplicación de la ley (Alexy 1996, 220-221).

1.1.3 Derechos

Renunciar a la regulación de la vida comunitaria mediante el derecho significaría la anarquía, y en la anarquía los derechos no estarían garantizados. Por lo tanto, la necesidad de la ley puede fundamentarse en los derechos (Alexy 1996, 221), entendidos como una base racional para reivindicar justificadamente el disfrute efectivo de algo (Shue 1996, 14-15). El vocabulario de los derechos expresa las exigencias e implicaciones de la relación de justicia, de lo que es justo desde el punto de vista del otro a quien se le debe o adeuda algo (Finnis 2011, 205). Además, la idoneidad de los derechos para una teoría de la justicia sanitaria se ve confirmada por sus caracteres. El primer rasgo es la universalidad. Los derechos humanos se otorgan por el hecho de ser persona, sin más requisitos, y reflejan y garantizan universalmente

valores. Al ser *universalia iuris materialis*, los derechos tienen que estar presentes en todo momento y en todo lugar para abordar los problemas de salud. Además de la universalidad objetiva, es decir, el contenido universal, los derechos también son universales desde una perspectiva subjetiva, tanto en relación con sus titulares (toda persona) como con sus receptores o destinatarios (eficacia *erga omnes*, es decir, individuos, grupos y gobiernos) (Alexy 1995, 101-110). Otras características confirman la idoneidad de los derechos: su validez moral, su carácter fundamental, su exigibilidad y su prioridad. Los derechos humanos y fundamentales identifican, afirman y garantizan las condiciones básicas para una vida digna mediante reivindicaciones justificadas y exigibles. Desde un punto de vista normativo, los derechos son el resultado de una deliberación pública y ratifican la unidad de la razón práctica a través de una triple dimensión: (1) moral, que expresa los bienes y capacidades más valiosos de la sociedad; (2) jurídica, a través de su inclusión en las más altas normas jurídicas nacionales e internacionales, constituciones o pactos, como normas jurídicas aplicables y vinculantes para los poderes públicos y los ciudadanos; y (3) política, en cuanto a su condición de normas objetivas o institucionales: fusionan el orden jurídico y la estructura de la comunidad política, orientan la intervención de los poderes públicos y representan los principales criterios de legitimidad del poder. Por lo tanto, no son meras expectativas morales, sino que tienen un carácter legal y exigible. Por último, otras dos características son concluyentes para la justicia sanitaria. Puesto que los derechos proporcionan beneficios sociales, no es posible disfrutar de ellos si sólo se otorgan; necesitan intervenciones positivas y activas como resultado de su concesión. Además, los derechos tienen la doble dimensión antes mencionada: facultades subjetivas o individuales y elementos objetivos o institucionales. Los derechos fundamentales son un elemento central del Estado de derecho que establece las bases de la comunidad política: en un sentido negativo, los derechos limitan los poderes políticos, que no deben vulnerarlos ni desalentar su ejercicio; y en un sentido positivo, los derechos orientan las políticas y las acciones políticas, que deben fomentar su ejercicio.

Tanto los derechos humanos como los derechos fundamentales pertenecen a una categoría jurídica más amplia, es decir, derechos subjetivos, entendidos como posiciones y relaciones jurídicas que garantizan a los individuos algunos bienes jurídicos emitidos en normas jurídicas (Alexy 2002, 111 y ss.; Pariotti 2013, 3-6). Ambas categorías se han diferenciado analíticamente en cuanto a la fuente normativa de reconocimiento y al ámbito del titular del derecho (Pariotti 2013, 3-6). Los derechos humanos son derechos subjetivos reconocidos por los instrumentos jurídicos internacionales a toda persona, mientras que los derechos fundamentales son reconocidos en los ordenamientos jurídicos nacionales -o regionales, como en Europa- por las Constituciones, exigiendo en algunos casos la posesión de algunas condiciones -por ejemplo, la ciudadanía-. No obstante, siguiendo con lo anterior, los derechos fundamentales son preferibles porque traducen mejor el sentido de las transformaciones contemporáneas de los sistemas jurídicos y políticos y la aportación del derecho a través de garantías metodológicas e institucionales. Este giro institucional (Shue 1996, 166 y ss.) proporciona un grado de eficacia inalcanzable para la ética o la política por sí solas. Además, los derechos fundamentales añaden positividad y mejoran la protección constitucional, la certidumbre y la exigibilidad, y despliegan su fuerza jurídica vinculante y garantizan su observancia y exigibilidad en el marco político del Estado de derecho, lo que aporta eficacia.

1.2 Elementos

1.2.1 *El Titular Derecho: Ser Humano*

El punto de vista antropológico de la teoría basada en los derechos para la justicia sanitaria consiste en reconocer que la condición humana es frágil, biológicamente finita y no exenta de enfermedad. Apreciamos nuestras vidas más por nuestras acciones y logros que por su duración (Callahan 2009), de acuerdo con nuestra condición de seres orientados a un fin, ya que cada individuo intenta superar su vulnerabilidad y limitaciones transformando sus necesidades en oportunidades en la vida. Somos capaces de deliberar, hacer juicios de valor y planes y perseguir nuestros objetivos a través de nuestra gramática emocional y racional (Nussbaum 2001), pero también somos seres necesitados, dependientes de los demás y limitados por aspectos internos y externos (MacIntyre 1999). Somos tanto seres activos, aunque la agencia no tenga pleno dominio de nuestras vidas, como pasivos, sufrientes y sometidos a la contingencia de lo que nos sucede (τ v' $\chi\eta$) más allá de nuestra intervención y control (Nussbaum 1986).

Por lo tanto, los seres humanos somos interdependientes y combinamos la autonomía con la vulnerabilidad y la dependencia. La primera nos permite ejercer nuestras capacidades para convertirnos en autores de nuestra vida a través de nuestras propias decisiones y acciones, rendir cuentas de ellas y merecer un aprecio moral; la segunda muestra que se necesitan cuidados y apoyo para afrontar nuestra vida. Si la autonomía expresa el carácter individual de nuestras decisiones y acciones, la dependencia ejemplifica cómo nuestras respuestas no pueden ser meramente individuales ya que se basan en pertenencias y vínculos significativos que nos definen. Nuestra personalidad y nuestra identidad están parcialmente conformadas por nuestras relaciones en un contexto de reconocimiento, comunidad y diálogo.

1.2.2 *El objeto: Salud*

La salud es tanto una necesidad universal para una vida humana plena como un valor apreciado por individuos y comunidades cuyo significado ha cambiado a lo largo de la historia. Tradicionalmente, se ha caracterizado dialécticamente por su concepto opuesto, la enfermedad. En la cultura primitiva, ejemplificada por la narrativa de las grandes religiones mediterráneas, la noción de salud se entendía como "gracia", mientras que la enfermedad se captaba como "desgracia". En la cultura Antigua, cuando la realidad se interpretaba en términos de naturaleza, la salud se concebía como 'orden' ($\tau\omicron$ $\mu\omicron\varsigma$) y la enfermedad como 'desorden' ($\delta\lambda$ $\omicron\varsigma$). En la Edad Moderna, sobre todo a partir del siglo XVIII, la salud dejó de ser ante todo una cuestión de hecho y se convirtió en una cuestión axiológica; así, la salud significaba 'felicidad' o 'fortuna', mientras que la enfermedad denotaba 'infelicidad' o 'desgracia' (Gracia 1998). En el siglo XX, destaca la noción de salud refrendada por la Organización Mundial de la Salud en el preámbulo de su Constitución como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Organización Mundial de la Salud 1946). No obstante, pueden plantearse cinco objeciones:

epistemológico, ya que se refiere a una idea idealizada de la salud y no a lo que las personas interpretan o experimentan como tal; moral, en el sentido de moralizar la salud y culpar a los individuos de su insalubridad y, por tanto, de no apoyar los estilos de vida; política, porque una concepción tan ambiciosa de la salud genera un crecimiento inalcanzable de las políticas públicas de prevención de enfermedades y de protección de la salud (Camps 2001, 98-102) y porque no parece posible encontrar una definición de bienestar coherente con una pluralidad de concepciones de la buena vida, característica de las sociedades democráticas modernas; social, porque esta definición tan amplia conlleva el peligro de medicalizar en exceso los problemas sociales (Peter 2001, 161; Huber et al 2011); y jurídica, por la imposibilidad de lograr su garantía y realización a través de la ley.

Por ello, hoy en día se plantean concepciones más equilibradas y factibles (Leonardi 2018). Es el caso de la definición biopsicosocial de salud de la OMS en términos de funcionamiento y capacidades, y como resultado de la interacción del individuo con su entorno (Organización Mundial de la Salud 2001), o el concepto positivo y complejo de salud como capacidad de adaptación y control directo de uno mismo con respecto a los retos físicos, emocionales y sociales de la vida (Huber et al. 2011). La salud es valiosa en la medida en que nos permite perseguir nuestros objetivos vitales e interactuar en sociedad; significa una oportunidad, una posibilidad de vida (Daniels 2008) o, mejor aún, una capacidad básica humana (Nussbaum 2011a; Ruger 2010; Venkatapuram 2011). Esta concepción más sólida de la salud incluye la salud física o la supervivencia, la salud mental, que forma parte de la segunda necesidad humana más básica, la autonomía (Doyal y Dough 1991, 56-66 y 61-66), y el punto de vista social o colectivo, que permite analizar las necesidades sanitarias en el contexto del sistema social, económico, político y jurídico y considerarlas un bien común, no sólo un bien individual.

Sin embargo, lo anterior no es suficiente. La salud debe concebirse dentro de un marco de trabajo, ya que disponer de estas oportunidades para buscar la salud de forma autónoma requiere un contexto mínimo de igualdad, ya que no depende únicamente de la acción individual (véase *infra* Cap. 3). El grado de desigualdad determina sustancialmente los niveles de salud, cuya disparidad afecta a toda la sociedad y no sólo a los menos favorecidos (Wilkinson y Pickett 2010). Dado que la salud es una consecuencia de las condiciones en las que vive una persona, es comprensible que la desigualdad sanitaria, es decir, las diferencias injustas y evitables en el estado de salud de las personas, se ha explicado por los determinantes sociales de la salud, es decir, los factores no médicos que influyen en los resultados sanitarios, o las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y el amplio conjunto de fuerzas y sistemas que conforman su vida cotidiana, incluidas las políticas y los sistemas económicos, las agendas de desarrollo, las normas sociales, las políticas sociales y los sistemas políticos (Organización Mundial de la Salud-Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud 2009; Organización Panamericana de la Salud 2019). Por lo tanto, dado que la salud influye en otras necesidades, capacidades y derechos, la justicia sanitaria debe ocuparse tanto de la salud como de los determinantes subyacentes de la salud (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2000, punto 4 *in fine*). Además, no deben ignorarse los factores individuales y colectivos distintos de los determinantes sociales de la salud que influyen en la salud personal (Organización Mundial de la Salud 2001; Ruger 2010, 99-103, 152-154; Preda y Voigt 2015). En conclusión, la salud personal es el resultado de la interacción de cuatro factores determinantes: las dotaciones y necesidades biológicas, los comportamientos individuales, la

entorno físico y las condiciones sociales (Ruger 2010; Venkatapuram 2011, 19, 71, 106, 234).

1.2.3 Los cimientos

La validez y viabilidad de los derechos como medio de protección de la salud requiere una base filosófica y política que sustente su interpretación, aplicación y desarrollo. Para cumplir este objetivo se propone un fundamento filosófico-político basado en cinco pilares, en armonía con la noción de salud esbozada anteriormente. Comienza con una revisión axiológica de la noción de necesidad y continúa con las teorías del reconocimiento, que han subrayado la importancia y la precedencia de la justicia como reconocimiento antes que la deliberación sobre la justicia distributiva. A continuación, la noción de capacidad sanitaria se apoya en el enfoque de las capacidades y en el refuerzo del enfoque del funcionamiento seguro -ya adoptado por el enfoque de las capacidades (Nussbaum 2011a, 73-74)-, ya que la seguridad, debe acompañar a la justicia y garantizar la durabilidad del ejercicio de las capacidades, así como añadir nuevas capacidades al catálogo. Por último, se propone una concepción política del cuidado que eleve su grado de normatividad y consolide su carácter de deber público, y no meramente individual, en consonancia con una teoría basada en los derechos.

1.2.3.1 Una concepción de la necesidad cargada de valores

Las necesidades se utilizan ampliamente como criterio de justicia sanitaria (Walzer 1983). Sin embargo, varias críticas socavan su idoneidad: la dificultad de determinar cuáles son las necesidades básicas; la variabilidad de las necesidades individuales y sociales, la existencia de necesidades falsas o impuestas; su carácter pasivo, vinculado a las carencias y limitaciones humanas en lugar de considerarnos seres orientados a fines; su carácter negativo, en la medida en que las intervenciones se orientan a eliminar privaciones o a liberar de la necesidad; o su carácter paternalista, ya que la satisfacción de las necesidades no requiere necesariamente la intervención o la acción del sujeto. Hay que añadir otra crítica: la noción de necesidad por sí sola no es suficiente, ya que debe estar conectada con el carácter teleológico de nuestras decisiones y especificar para qué se necesita algo y la importancia moral del fin que se pretende alcanzar (Frankfurt 1988, 104-107).

Por lo tanto, la noción de necesidad debe conectarse con la agencia sanitaria (Ruger 2010) y la necesidad médica (Callahan 2009, 144-200, especialmente 171 y ss.), así como con otros enfoques filosóficos -principalmente el de las capacidades y el de los funcionamientos seguros- (otra propuesta en Reader 2006) en un doble sentido. En primer lugar, la autonomía como una de las dos necesidades humanas más básicas, entendida como una libertad negativa y positiva y respaldada por una serie de valiosas oportunidades de acción y un conjunto previo de condiciones sociales para satisfacer esas necesidades (Doyal y Gough 1991, 89 ss., 98, 109 ss.). En segundo lugar, junto con este vínculo con la agencia humana y la autonomía relacional existe una concepción descriptiva-normativa de la necesidad (Wiggins 1998, 25). Lo que necesitamos

no es simplemente aquello sin lo cual no es posible vivir o subsistir (Shue 1996), sino aquello sin lo cual el bien no puede ser o llegar a ser (Aristóteles 1933, V, 1015a 20-25), no es posible florecer, perseguir los propios fines y tener una vida plena (Anscombe 1958, 7).

1.2.3.2 Las teorías del reconocimiento

El enfoque basado en los derechos da precedencia a las teorías del reconocimiento (Honneth 1996, 2003; Fraser 2003, 2008; Ricoeur 2005), porque el paradigma distributivo podría oscurecer el contexto institucional, y la justicia debe abordar no sólo la asignación, sino también las condiciones institucionales para ejercer y desarrollar las capacidades individuales. El reconocimiento debe ser anterior a la asignación, y esa precedencia empodera a las personas (Young 1990, 15-38), refuerza la participación y mejora la justificación del reparto, ya que permite incluir a todos en la deliberación sobre las condiciones de la justicia (Fraser 2008, 6 ss., 55 ss., 108-118).

El reconocimiento se expande en dos significados y dimensiones principales (Ricoeur 2005, 1- 22; Ikäheimo, Laitinen, 2009, 33-56). (1) El reconocimiento subjetivo o individual, que conlleva la identificación, o el conocimiento, de las propias capacidades y atributos, además del reconocimiento y la aceptación mediante la confianza en uno mismo, el respeto a uno mismo y la autoestima (Honneth 1996; Ricoeur 2005, 1-22, 247 y ss.). (2) El reconocimiento intersubjetivo que determina lo anterior: ser reconocido por los demás es necesario para completar la propia identidad y reconocerse (Honneth 1996; Taylor 1989, 1994). Existen tres niveles de reconocimiento mutuo: el amor, el reconocimiento legal y la estima social, cuya negación establece diferentes cuestiones de justicia (Honneth 1996, 92 y ss.).

La justicia sanitaria basada en los derechos no aborda todas estas formas, ya que los derechos se centran en el reconocimiento mutuo y, por tanto, en su segunda vía, el reconocimiento jurídico. El reconocimiento individual y las otras dos formas de reconocimiento intersubjetivo afectan al desarrollo y la aplicación del reconocimiento jurídico, pero no alcanzan su nivel de exigibilidad.

Se ha propuesto que el enfoque de los derechos inherentes, típico de las declaraciones de derechos posteriores a la Segunda Guerra Mundial, se complementa con una política de "reconocimiento sociocultural" previa a la distribución (Hayden 2012, 570, 574-576). Una aportación más interesante apunta a la presencia de la idea de deuda en el origen del reconocimiento recíproco (Ricoeur 2005, 12), según la cual los deberes, por su relación con los derechos y su carácter categórico y universal, pueden entenderse como deberes de justicia exigibles y directos, lo que constituye una característica normativamente relevante del reconocimiento jurídico. Los otros niveles de reconocimiento intersubjetivo -el amor y la estima o solidaridad social- son una cuestión de grado, mientras que el respeto y el reconocimiento jurídico no lo son: todos los seres humanos, por el mero hecho de serlo, independientemente de sus cualidades individuales, merecen el reconocimiento y el respeto de sus derechos. Así, cualquier exclusión o desposesión de derechos representa una forma de falta de respeto que debe calificarse de injusta (Honneth 1996, 131 y ss.). Esto confirma que las categorías normativas centrales de la justicia como reconocimiento no son la identidad, la distribución justa o la igualdad, sino la dignidad y el respeto (Honneth 2007b), entendidos como condiciones necesarias para unas relaciones intersubjetivas justas y un remedio para

la cosificación o instrumentalización de las personas y su tratamiento como mercancías u objetos intercambiables (Honneth 2007a).

El modelo de reconocimiento del estatus considera el reconocimiento como una cuestión de justicia social que opera como criterio normativo para evaluar la injusticia (Fraser 2008, 12 y ss. y 48 y ss.), sitúa a cada individuo en un nivel justo e igual y permite acciones independientes de la opinión o el juicio del individuo: las condiciones que niegan una participación social justa, a pesar de la aceptación individual, son injustas y deben descartarse (Fraser 2003, 26 y ss. y 48 y ss.). Estas características lo convierten en un enfoque prometedor relacionado con otros pilares filosóficos de la teoría basada en los derechos, principalmente los funcionamientos seguros, y es especialmente apropiado para tratar los determinantes sociales de la salud, orientar la aplicación de medidas de salud pública y abordar la injusticia estructural (Young 2011).

1.2.3.3 El enfoque de las capacidades

El enfoque de las capacidades (Sen 1999; Sen 2009; Nussbaum, 2006; Nussbaum 2011b; Ruger 2010; Venkatapuram 2011, 113-142) afirma que el propósito de cualquier medida política, ética y jurídica en cuestiones de salud se basa en la noción de "capacidad", destinada a proporcionar a las personas los medios necesarios para elegir entre diferentes opciones valiosas y reales, y actuar entre ellas. En este sentido, el enfoque de las capacidades está relacionado con la mencionada noción de necesidad cargada de valores, pero la complementa con las de capacidad sanitaria, funcionamiento sanitario y agencia sanitaria (Ruger 2010, 83, 141 y ss.). Las capacidades se entienden como capacidades combinadas, es decir, las capacidades internas de un individuo y las condiciones externas adecuadas, que deben construirse como oportunidades que permitan a cada individuo establecer libremente su propia idea del bien para perseguirla dentro de un trasfondo básico de igualdad de oportunidades -o capacidad-, y no en uno de resultados -o funcionamiento-. Las capacidades humanas centrales se han enmarcado en diez categorías, que pueden traducirse en diferentes derechos fundamentales o humanos (Vizard 2021) que definen la justicia social básica: (1) Vida. (2) Salud corporal. (3) Integridad corporal. (4) Sentidos, imaginación y pensamiento. (5) Emociones. (6) Razón práctica. (7) Afiliación. (8) Otras especies. (9) Juego. (10) Control sobre el propio entorno: (a) político, y (b) material (Nussbaum 2011a, 33 y ss.).

La salud es una capacidad destacada. Entendida como salud corporal, significa poder gozar de buena salud, incluida la salud reproductiva; estar adecuadamente alimentado; y tener una vivienda adecuada (Nussbaum 2011a, 33). De forma más precisa, la salud se ha definido como la capacidad de una persona para lograr o ejercer un conjunto de actividades humanas básicas, o la capacidad de lograr un conjunto de capacidades o funcionamientos básicos o vitales (Venkatapuram 2011, 42-43 y 109), siendo el objetivo global de la protección de la salud garantizar la capacidad de gozar de buena salud o "estar sano" (Ruger 2010, 3; Venkatapuram 2011, 143 y ss.), tener la capacidad de lograr ciertos funcionamientos de la salud y la libertad de lograrlos (Ruger 2010, 81).

La salud es una parte significativa de otras capacidades que deben garantizar una vida humana digna y nos lleva a una noción relacional de la salud, que la vincula a otras capacidades, funcionamientos y derechos, dándole no sólo valor per se sino también un

valor instrumental. La importancia de la salud para el ejercicio de las demás capacidades no requiere concebirla como una metacapacidad *primus inter pares* que difumine las demás capacidades (Richardson 2016, 3 y ss.), ni como algo omnicompreensivo o como una capacidad integrada por las demás capacidades, aunque sea necesaria para todas ellas (Tengland 2016, 17-18) y otros funcionamientos (Ruger 2010, 81).

El enfoque de las capacidades conecta los bienes, los valores y los derechos a través de la noción de capacidad, proponiendo la necesidad médica y la adecuación médica como criterios objetivos para el acceso a la atención sanitaria (Ruger 2010, 143), e incorporando, a través de la agencia sanitaria, la capacidad de lograr resultados de salud mediante elecciones libres y acciones voluntarias y el papel de la responsabilidad individual (Ruger 2010, 82).

1.2.3.4 El enfoque del funcionamiento seguro

Un complemento teórico procede del enfoque del funcionamiento seguro (Wolff y de-Shalit 2007; Wolff 2011, 146-169; Wolff 2012), que subraya la importancia de una aplicación segura y duradera de las capacidades y los derechos. Dado que una protección sanitaria justa no debe reducirse a garantizar un determinado nivel de funcionamiento en un momento determinado, este enfoque subraya las perspectivas de mantener ese nivel y garantizar la "seguridad de las capacidades" sanitarias (Wolff y de-Shalit 2007, 64 y ss.). Además, consiste en disponer de "oportunidades genuinas" y no sólo de "oportunidades formales" (Wolff y de-Shalit 2007, 80) y proporcionar opciones razonables seguras para elegir y actuar, evitando al mismo tiempo la exposición a riesgos extremos o el sacrificio de otras capacidades o funcionamientos (Wolff y de-Shalit 2007, 61-64). Éste es el significado de una "oportunidad genuina de funcionamiento seguro" (Wolff y de-Shalit 2007, 37, 74). La noción de seguridad sanitaria tiene cuatro dimensiones: vulnerabilidad, control, resiliencia y miedo o ansiedad (Wolff 2011, 138-144). El carácter relacional de la salud, las capacidades y los derechos también aparece con las "desventajas corrosivas", que tienen efectos negativos sobre otros funcionamientos, y los "funcionamientos fértiles", que extienden sus buenos efectos sobre varias categorías, ya sea directamente o reduciendo el riesgo para otros funcionamientos (Wolff y de-Shalit 2007, 10, 121-122).

Disponer de un número limitado de oportunidades reales para funcionar con seguridad da lugar a injusticias y desventajas sociales, que pueden desencadenarse por deficiencias en los recursos internos, los recursos externos o el marco social. Los recursos internos son las capacidades internas, mientras que los recursos externos y el marco social equivalen a las condiciones externas. En lugar de políticas orientadas a la mejora personal o de los recursos, la intervención aquí pretende mejorar el estatus o la posición social de las personas. Esta perspectiva vincula las funciones de seguridad con las teorías del reconocimiento antes mencionadas, ya que las políticas y estrategias para abordar las desventajas y la injusticia deberían centrarse en la mejora del estatus en lugar de en la mejora personal, la compensación en metálico o la mejora de los recursos específicos (Wolff y de-Shalit 2007, 173-177).

Otra aportación de este enfoque es la adición de nuevas categorías a la lista de capacidades humanas centrales. (11) Hacer el bien a los demás o ser capaz de preocuparse por los demás y expresar gratitud. (12) Vivir respetando la ley, es decir, ser

capaces de vivir dentro de la ley; no verse obligados a infringir la ley, hacer trampas o engañar a otras personas o instituciones. (13) Comprender la ley, sus exigencias, derechos legales, deberes, poderes y oportunidades, lo que requiere un enfoque accesible del sistema legal (Wolff y de-Shalit 2007, 50 y ss.). Así, el discurso de la justicia se complementa con el discurso del cuidado, especialmente en la categoría 11, mientras que las categorías 12 y 13 destacan la importancia del conocimiento y el respeto del marco normativo e institucional de la acción humana, así como la adopción de un enfoque jurídico.

1.2.3.5 Una teoría política del cuidado

Dado que los seres humanos dependen de los demás para desarrollar sus capacidades básicas, los individuos necesitan cuidar y ser cuidados (Engster 2007). Junto con la interdependencia y la sociabilidad humanas, la relevancia del cuidado de la salud se ve reforzada por su condición de objetivo y deber básico de la medicina (Callahan (dir.) 1996) y otras profesiones sanitarias.

Los cuidados consisten en un conjunto de prácticas y valores. Al igual que la salud, el cuidado no es una mercancía (Held 2006, 51-56, 108 y ss.; Tronto 2013) ni un bien de consumo definido por criterios de mercado y alcanzable sólo para las personas que pueden permitírselo. Además, el cuidado no debe entenderse sólo como una actitud, una motivación o una virtud, porque esta concepción puede reducir el cuidado a una cuestión de gratitud y generosidad y situarlo sólo en el ámbito privado o familiar (Tronto 2013). El cuidado es diferente de la benevolencia, una virtud familiar, y se caracteriza mejor como una relación social que como una disposición individual (Held 2006, 42, 51-56).

No existe una oposición lógica entre el cuidado y la justicia. En una sociedad democrática, el cuidado importa a todos, independientemente del sexo (Gilligan 1982), y la asistencia sanitaria se convierte en una responsabilidad política que engloba un conjunto de prácticas públicas, aun manteniendo su dimensión privada. Puesto que la salud es una necesidad universal traducida filosóficamente en una capacidad, la asistencia sanitaria se convierte en un deber básico de justicia, exigible y merecido por todos. Puede haber asistencia sin justicia, pero no justicia sin asistencia (Held 2006, 17).

Esta concepción política implica que la asistencia sanitaria no debe entenderse ni como una mercancía ni como un regalo familiar, sino como un derecho. El cuidado es un proceso complejo con cuatro fases: cuidar de, cuidar de, cuidar-cuidar y cuidar-recibir, e incluso una quinta fase: cuidar con (Tronto 2013, 22-23), que también puede expresarse en términos de derechos de cuidado: (1) un derecho a recibir cuidados: todo el mundo tiene derecho a recibir unos cuidados adecuados; (2) un derecho a dar cuidados: toda persona tiene derecho a participar en relaciones de cuidados que den sentido a su vida; y (3) un derecho a decidir cómo cuidar y ser cuidado: toda persona tiene derecho a participar en el proceso público sobre cómo la sociedad debe garantizar las dos primeras premisas (Tronto 2013, 153 y ss.).

1.3 Aplicación

1.3.1 *La salud como derecho: El derecho a la asistencia sanitaria*

En el ámbito internacional, el reconocimiento de la salud como derecho puede encontrarse ya en el preámbulo de la constitución de la OMS (1946), confirmado dos años más tarde (1948) en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 25.1). El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 (artículo 12) estableció un estatus jurídico más preciso para el derecho a la salud en la legislación internacional sobre derechos humanos y lo confirmó, entre otros, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1965 (artículo 5); la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979 (artículos 12 y 14); la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 (artículo 24); o la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006 (artículo 25). También se pueden encontrar referencias al derecho a la protección de la salud en los derechos humanos regionales, como en la Carta Social Europea de 1961 (revisada en 1996: artículo 11), así como en normativas de derecho indicativo como la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO de 2005 (especialmente el artículo 10 en relación con los artículos 3, 11 y 14). Además, el derecho a la asistencia sanitaria está incluido en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2001 (artículo 35).

En el ámbito nacional, el derecho a la asistencia sanitaria está recogido en las Constituciones y en las normas legislativas y jurisprudenciales nacionales vinculadas a la dignidad humana y a otros derechos fundamentales. Es el caso de la Constitución italiana (1947), que reconoce la asistencia sanitaria como un derecho fundamental del individuo y un interés colectivo (artículo 32, relacionado con los artículos 2 y 3), y de la Constitución española (1978), que incluye el derecho a la protección de la salud (artículo 43.1 relacionado con el artículo 10.1 y 15).

A la luz de lo anterior se extraen algunas conclusiones. Aunque la expresión "derecho a la salud" se utiliza comúnmente tanto en el lenguaje jurídico como en el ordinario, la expresión jurídicamente exacta es "derecho a la asistencia sanitaria", ya que este derecho no debe entenderse como un derecho a estar sano, sino a disfrutar de algunas libertades y derechos que permiten a las personas estar sanas y prosperar (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000, punto 8). Además, el derecho a la asistencia sanitaria debe considerarse como un derecho fundamental, conectado a otros derechos y libertades que lo conforman (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000, punto 8) y apoyan la democracia constitucional (Ferrajoli 2007, 398 y ss, especialmente 408-412); es accionable y exigible y, a pesar de los obstáculos sociales y económicos, no debe subestimarse ni desprotegerse (Alexy 2002, 334-348). Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí (Declaración y Programa de Acción de Viena (1993), punto 5), y todo derecho, ya sea de libertad o social o político, implica costes y requiere disposiciones (Holmes y Sunstein 1999; Ferrajoli 2007, 67-71) para ser garantizado.

El derecho a la asistencia sanitaria se presenta así como un derecho inclusivo, conectado con muchos factores que determinan una vida sana, principalmente los determinantes subyacentes de la salud (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2000, punto 14 *in fine*; United

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos-Organización Mundial de la Salud 2008, 6), lo que demuestra la idoneidad de las nociones de capacidad sanitaria y, más aún, de desventajas corrosivas y funcionamientos fértiles.

1.3.2 Dos niveles de justicia y derechos sanitarios

La justicia sanitaria se traduce al lenguaje de los derechos como una capacidad sanitaria segura,

es decir, lo que cada ser humano merece a lo largo del ejercicio sostenido de sus capacidades básicas (Seoane 2019). El carácter relacional de los derechos conecta el derecho a la asistencia sanitaria con otros derechos para garantizar una capacidad sanitaria segura (Cohen y Ezer 2013, 7-19).

La propuesta de justicia sanitaria basada en los derechos se apoya en un enfoque sufficientista, ya que el objetivo no es evitar la desigualdad ni que todos tengan lo mismo, o demasiado poco, sino que cada uno tenga lo suficiente (Fráncfort 1987, 2005), incluso en términos de bienestar sanitario (Powers y Faden 2006, 50). La salud se entiende como una capacidad no posicional (Nielsen y Axelsen 2017, 56) que requiere un umbral mínimo de capacidades y derechos para todos, pero que también admite niveles diferentes o desiguales por encima de este umbral crítico.

La protección de la salud hace referencia a dos dimensiones de la justicia que deben ordenarse correctamente. En primer lugar, la justicia como reconocimiento y, sólo después, la justicia distributiva. Esta última se ocupa de corregir las desigualdades y garantizar una alocaión adecuada de los bienes, recursos o prestaciones, en función de las capacidades. Pero primero hay que responder a cómo se lleva a cabo esta distribución y quién participa como receptor y responsable de la toma de decisiones. Por lo tanto, hay que distinguir un sistema sanitario de dos niveles (Rid 2017, 44-45) o dos niveles de justicia y derechos sanitarios (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2000, punto 43; Eleftheriadis 2012, 268-285): un primer nivel de justicia como reconocimiento, con el fin de cubrir a todos, incluidas las minorías; y un segundo nivel de distribución a través de la deliberación pública.

1.3.2.1 Obligaciones básicas

Las obligaciones básicas se refieren a la justicia como reconocimiento y amplían el alcance de la universalidad subjetiva de los derechos que garantizan la asistencia sanitaria. Este nivel básico, que es más amplio que el derecho a la asistencia sanitaria, podría resumirse a través de tres aspectos generales relacionados con las necesidades humanas biológicas y físicas -principalmente relacionadas con la supervivencia, como plataforma para perseguir una vida humana floreciente-, los intereses fundamentales de un agente humano -dar forma y perseguir fines valiosos- y los intereses fundamentales de un ser social -perseguir los propios fines valiosos dentro de una comunidad- (Axelsen y Nielsen 2017, 113). La falta de salud no sólo daña la integridad física a través de la enfermedad, el sufrimiento o el dolor, sino que también conlleva situaciones de humillación y explotación que erosionan la propia dignidad, que es el fundamento de los derechos (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2000, puntos 3 y 11; Eleftheriadis 2012, 282). En resumen, protege categóricamente

valores y derechos constitucionales moralmente exigibles y jurídicamente exigibles, estableciendo un umbral por debajo del cual se vulneran la dignidad y los derechos.

A este nivel, el derecho a la atención sanitaria impone tres tipos de obligaciones al Estado: respetar, proteger y cumplir, garantizando la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los elementos esenciales de la salud (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2000, puntos 33 y 43, y punto 11, respectivamente).

Un ejemplo jurídico nacional destacado de estas obligaciones básicas es el derecho fundamental a la garantía de un mínimo de subsistencia (*Existenzminimum*), reconocido en 2010 por el Tribunal Constitucional Federal alemán (BVerfGE 125, 175; cf. también Deutscher Ethikrat 2011, 78-81), derivado de la dignidad humana (artículo 1.1 de la Ley Fundamental alemana) en combinación con el principio del Estado de bienestar social (artículo 20.1 de la Ley Fundamental alemana).

1.3.2.2 Conjunto de objetivos progresivamente realizados

El conjunto de objetivos progresivamente realizados se refiere a la justicia distributiva y se implementa a través de derechos legalmente desarrollados que dependen del trasfondo socioeconómico y de las opciones distributivas en la deliberación política y social (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2000, punto 44; Eleftheriadis 2012, 282-283). Alcanzar el mayor nivel posible de salud mediante una distribución justa de las capacidades sanitarias, como segundo paso tras el reconocimiento, requiere la inclusión y la participación de todos en la deliberación.

Un enfoque basado en los derechos debe ser consciente de algunas cuestiones para garantizar una asignación justa en este nivel, sólo después de cumplir las obligaciones fundamentales del primer nivel. En primer lugar, que la mera igualdad de oportunidades significa que, en condiciones de escasez, no todos los derechos pueden satisfacerse simultáneamente. Si se huye de un principio estrictamente igualitario por el que todos los derechos queden igualmente insatisfechos, será necesario un equilibrio para determinar qué derechos se respetan en la práctica; la clasificación de los derechos y los criterios para su satisfacción deben ser decididos en un procedimiento transparente por órganos legitimados democráticamente. En segundo lugar, que en una sociedad basada en el Estado de derecho, los derechos y sus correspondientes obligaciones no pueden contraponerse entre sí sobre una base interpersonal; la maximización de los beneficios médicos a nivel macrosocial puede vulnerar los derechos de los individuos porque una valoración interindividual de la vida o la salud podría implicar una consideración ética y jurídicamente inaceptable del individuo como una entidad fungible, incompatible con la dignidad humana. Por último, que aunque la eficiencia es un objetivo loable, solo puede lograrse en conexión con los derechos y con una concepción sólida de la salud (Deutscher Ethikrat 2011, 61-72). En cuanto a lo primero, no basta con una mayoría o una generalización, ya que se requiere una universalización; en cuanto a lo segundo, las prestaciones sanitarias deben evaluarse en función de las capacidades y los funcionamientos individuales.

1.4 Conclusión

La ampliación de los objetivos progresivamente realizados (nivel 2) y su conversión en obligaciones fundamentales (nivel 1) reflejan la evolución de una sociedad y de su sistema jurídico hacia una sanidad universal justa; y a la inversa, el retroceso o la reducción jurídicamente inaceptables de los derechos a la salud ilustran el proceso contrario (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2000, punto 32).

Para cumplir con estas obligaciones (Wolff 2012, 27-35) y evitar, entre otras, la "objeción del pozo sin fondo" (Ruger 2010, 187 y ss.), los enfoques científicos y deliberativos a través de principios sustantivos y procesales para definir la idoneidad médica y las necesidades médicas deben desempeñar un papel clave. Esto significa tener en cuenta la eficiencia, pero después la justicia y la decisión médica científica; y también identificar y distinguir las capacidades y necesidades centrales pertenecientes al primer nivel de las pertenecientes al segundo, tanto a nivel macro como a nivel meso y micro, donde las decisiones autónomas individuales adquieren una importancia proporcionalmente mayor (Ruger 2010, 172 ss., 187-192; Deutsche Ethikrat 2011, 71-72).

Partiendo de un concepto biopsicosocial de la salud y de un concepto relacional del ser humano, he defendido una teoría de la justicia sanitaria basada en los derechos y sustentada en una concepción política de la asistencia sanitaria y otros cuatro apoyos filosóficos: un concepto de la necesidad sanitaria cargado de valores, las teorías del reconocimiento, el enfoque de las capacidades y el enfoque del funcionamiento seguro. El resultado es un modelo finito de asistencia sanitaria, limitado en sus aspiraciones y, por tanto, económicamente más plausible, pero que al mismo tiempo responde a nuestra necesidad de buena salud con objetivos sanitarios asequibles, accesibles y sostenibles (Callahan 2009, 143 y ss.) en lugar de aspirar a un progreso médico y una innovación tecnológica ilimitados (Callahan 2009, 196, 203). Identificar un nivel básico, un mínimo o un umbral suficiente por debajo del cual se vulnera el derecho a la salud e incluso otros derechos traduce la noción de justicia como reconocimiento y el significado jurídico de dignidad o mínimo decente. En sentido negativo, evita la violación de derechos y el riesgo de considerar el derecho a la salud como una cuestión de grado, donde todo vale, siendo sólo cuestión de más o menos, ya que podría conducir a la negación absoluta del derecho. En otras palabras, el umbral suficiente del nivel 1 se convierte en una cuestión de todo o nada, mientras que el nivel 2 puede ser un modelo de más o menos, o escalar (Selgelid 2016, 28-30).

Este capítulo es uno de los resultados del Grupo de Investigación *Filosofía, Constitución y Racionalidad* dentro del Programa para grupos de investigación con potencial de crecimiento (ED431B 2023/59), apoyado financieramente por la Xunta de Galicia (España).

Referencias

- Alexy, Robert. 1987. Rechtssystem und praktische Vernunft. *Rechtstheorie* 18: 405-419.
- Alexy, Robert. 1995. Derecho, discurso y tiempo. *Archiv Für Rechts- und Sozialphilosophie* 64: 101-110.

- Alexy, Robert. 1996. Teoría del discurso y derechos humanos. *Ratio Juris* 9 (3): 209-235.
- Alexy, Robert. 2002. *A theory of constitutional rights* (trad. J. Rivers). Oxford: Oxford University Press.
- Anscombe, Elizabeth A. 1958. La filosofía moral moderna. *Filosofía* XXXIII/124: 1-19. Aristóteles. 1933. *Metafísica* (trad. H. Tredennick). Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Axelsen, David V. y Nielsen, Lasse. 2017. Esencialmente suficiente. Elements of a plausible account of sufficientarianism. En *¿Qué es suficiente? Suficiencia, justicia y salud*, ed. Carina Fourie, Anette Rid, 101-118. Oxford: Oxford University Press.
- Bobbio, Norberto. 1979. *Il positivismo giuridico*. Turín: Giappichelli.
- Callahan, Daniel (dir.). 1996. Los objetivos de la medicina: establecer nuevas prioridades. Informe del Centro Hastings 26/6: S1-S27.
- Callahan, Daniel. 2009. *Domar a la bestia querida. Cómo los costes de la tecnología médica están destruyendo nuestro sistema sanitario*, Princeton, N. J.: Princeton University Press.
- Camps, Victoria. 2001. *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*. Barcelona: Ares y Mares.
- Cohen, J., y T. Ezer. 2013. Los derechos humanos en la atención al paciente: Un marco teórico y práctico. *Salud y Derechos Humanos* 15 (2): 7-19.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 2000. *Observación General n° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. Ginebra: Naciones Unidas.
- Daniels, Norman. 2008. *Salud justa: satisfacer las necesidades sanitarias con equidad*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Deutscher Ethikrat. 2011. *Beneficios y costes médicos en la asistencia sanitaria. El papel normativo de su evaluación*. Berlín: Deutscher Ethikrat. https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungennahmen/englisch/DER_StnAllokationEN_Online.pdf.
- Doyal, Len, e Ian Gough. 1991. *Una teoría de la necesidad humana*. London: Macmillan.
- Eleftheriadis, P. 2012. El derecho a la asistencia sanitaria. *Revista de Derecho, Medicina y Ética* 40 (2): 268-285.
- Engster, Daniel. 2007. *El corazón de la justicia. Ética asistencial y teoría política*. New York: Oxford University Press.
- Ferrarese, Maria Rosaria. 2012. *Prima lezione di diritto globale*. Roma-Bari: Laterza.
- Ferrajoli, Luigi. 2007. *Principia iuris. Teoría del derecho e della democrazia, 2. Teoría della democrazia*. Roma-Bari: Laterza.
- Ferrajoli, Luigi. 2008. *Diritti fondamentali. Un debate teórico*. Roma-Bari: Laterza.
- Finnis, John. 2011. *Derecho natural y derechos naturales*, 2ª ed. Oxford: Oxford University Press.
- Frankfurt, Harry. 1987. La igualdad como ideal moral. *Ethics* 98 (1): 21-43.
- Frankfurt, Harry. 1988. Necesidad y deseo (1984). En *La importancia de lo que nos importa*, 104-116. Cambridge: Cambridge University Press.
- Frankfurt, Harry. 2005. *Sobre la desigualdad*. Princeton, N. J.: Princeton University Press.
- Fraser, Nancy. 2003. La justicia social en la era de la política de la identidad: Redistribución, reconocimiento y participación. En *¿Redistribución o reconocimiento? Un intercambio político-filosófico*, Nancy Fraser y Axel Honneth, pp. 7-109. Londres: Verso.
- Fraser, Nancy. 2008. *Escalas de justicia. Reimaginar el espacio político en un mundo globalizado*. Nueva York: Columbia University Press.
- Gilligan, Carol. 1982. *Con otra voz: la teoría psicológica y el desarrollo de la mujer*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Gracia, Diego. 1998. Historia de los conceptos de salud y enfermedad. En *Bioética clínica*, 19-31, Santa Fe de Bogotá: El Búho.
- Habermas, Jürgen. 1997. *Entre hechos y normas. Contribuciones a una teoría discursiva del derecho y la democracia* (1992). Cambridge: Polity.
- Hayden, Patrick. 2012. El derecho humano a la salud y la lucha por su reconocimiento. *Revista de Estudios Internacionales* 38: 569-588.
- Held, Virginia. 2006. *La ética del cuidado: Personal, política y global*. Nueva York: Oxford University Press.

- Holmes, Stephen, y Sunstein, Cass. R. 1999. *El coste de los derechos: por qué la libertad depende de los impuestos*. Nueva York-Londres: Norton.
- Honneth, Axel. 1996. *La lucha por el reconocimiento. La gramática moral de los conflictos sociales* (1992) (trad. J. Anderson). Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Honneth, Axel. 2003. La redistribución como reconocimiento: Una respuesta a Nancy Fraser. En *¿Redistribución o reconocimiento? Un intercambio político-filosófico*, Nancy Fraser y Axel Honneth, 10-197. Londres: Verso.
- Honneth, Axel. 2007a. *Reification: A Recognition-Theoretical View* (2005). Oxford-Nueva York: Oxford University Press.
- Honneth, Axel. 2007b. *Falta de respeto: los fundamentos normativos de la teoría crítica*. Cambridge: Polity Press.
- Huber, Machteld, et al. 2011. Cómo debemos definir la salud. *British Medical Journal* 343: 235-237.
- Ikäheimo, H., y Laitinen, A. 2009. Analizando el reconocimiento: Identificación, reconocimiento y actitudes de reconocimiento hacia las personas. En *Reconocimiento y poder. Axel Honneth y la tradición de la teoría social crítica*, ed. B. van den Brink, D. Owen, pp. 33-56. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kelsen, Hans. 1960. *Reine Rechtslehre*, 2ª ed. Viena: Deuticke.
- Leonardi, Fabio. 2018. La definición de salud: hacia nuevas perspectivas. *Revista Internacional de Servicios de Salud* 48: 735-748.
- MacIntyre, Alasdair. 1999. *Animales racionales dependientes: por qué los seres humanos necesitan las virtudes*. Londres: Duckworth.
- Nielsen, Lasse, y David V. Axelsen. 2017. Suficiencia capacitaria: capacidades y justicia social. *Revista de Desarrollo Humano y Capacidades* 18 (1): 46-59.
- Nussbaum, Martha C. 1986. *La fragilidad de la bondad. Suerte y ética en la tragedia y la filosofía griega*. Cambridge, Mass.: Cambridge University Press.
- Nussbaum, Martha C. 2001. *Las convulsiones del pensamiento. La inteligencia de las emociones*. Cambridge, Mass.: Cambridge University Press.
- Nussbaum, Martha C. 2006. *Fronteras de la justicia: discapacidad, nacionalidad, pertenencia a una especie*. Cambridge, Mass.-Londres: Belknap Press.
- Nussbaum, Martha C. 2011a. *Creación de capacidades: el enfoque del desarrollo humano*. Cambridge, Mass.-Londres: Belknap Press.
- Nussbaum, Martha C. 2011b. Capacidades, prestaciones, derechos: complementación y crítica. *Revista de Desarrollo Humano y Capacidades* 12 (1): 23-37.
- Organización Panamericana de la Salud. 2019. *Sociedades justas: Equidad en salud y vidas dignas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51571>.
- Pernice, Ingolf. 2006. La dimensión global del constitucionalismo multinivel. Una respuesta jurídica a los retos de la globalización. En *Völkerrecht als Weltordnung/Common values in International Law. Festschrift für Christian Tomuschat*, ed. P. M. Dupuy, B. Fassbender, M. N. Shaw, K. P. Sommermann, pp. 973-1006. Kehl am Rhein: N. P. Engel Verlag.
- Peter, Fabianne. 2001. Equidad sanitaria y justicia social. *Revista de filosofía aplicada* 18 (2): 159-170.
- Powers, Madison y Faden, Ruth. 2006. *Justicia social. Los fundamentos morales de la salud pública y la política sanitaria*. Nueva York: Oxford University Press.
- Preda, Adina, y Kristin Voigt. 2015. Los determinantes sociales de la salud: por qué debería importarnos. *Revista Americana de Bioética* 15 (3): 25-36.
- Rawls, John. 1971. *Una teoría de la justicia*. Cambridge, Massachusetts: Belknap Press.
- Rawls, John. 1993. *Liberalismo político*. Nueva York: Columbia University Press.
- Lector, Soran. 2006. ¿Necesita capacidades un enfoque basado en las necesidades básicas? *The Journal of Political Philosophy* 14 (3): 337-350.
- Richardson, Henry S. 2016. Las capacidades y la definición de salud: comentarios sobre Venkatapuram. *Bioética* 30 (1): 1-7.
- Ricoeur, Paul. 2005. *El curso del reconocimiento* (2004) (trad. D. Pellauer). Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

- Rid, Anette. 2017. Suficiencia, salud y justicia sanitaria. El estado del debate. En *¿Qué es suficiente? Sufficiency, justice, and health*, ed. Carina Fourie, Anette Rid, pp. 30-47. Carina Fourie, Anette Rid, pp. 30-47. Oxford: Oxford University Press.
- Ruger, Jennifer Prah. 2010. *Salud y justicia social*. Oxford-Nueva York: Oxford University Press.
- Selgelid, Michael J. 2016. Capacidades e incapacidades del enfoque capitativo de la justicia sanitaria. *Bioética* 30 (1): 25-33.
- Sen, Amartya. 2001. *El desarrollo como libertad*, 2ª ed. Oxford-Nueva York: Oxford University Press.
- Sen, Amartya. 2009. *La idea de justicia*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Seoane, José-Antonio. 2019. Justicia sanitaria y derechos. *notizie di POLITEIA XXXV/133*: 30-42.
- Shue, Henry. 1996. *Basic rights: subsistence, affluence, and US foreign policy (Derechos básicos: subsistencia, opulencia y política exterior de EE.UU.)*, 2ª ed.. Princeton: Princeton University Press.
- Taylor, Charles. 1989. *Sources of the self: the making of the modern identity*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Taylor, Charles. 1994. La política del reconocimiento (1992). En *Multiculturalism. Examining the politics of recognition*, ed. Amy Gutmann, pp. 25-73. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Tengland, Per-Anders. 2016. La teoría de la capacidad de Venkatapuram sobre la salud: una discusión crítica. *Bioética* 30 (1): 8-18.
- Tronto, Joan C. 2013. *Democracia solidaria. Mercados, igualdad y justicia*. New York: New York University Press.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos-Organización Mundial de la Salud. 2008. *El derecho a la salud*. Folleto informativo nº 31. Ginebra: Naciones Unidas.
- Venkatapuram, Sridhar. 2011. *Justicia sanitaria. Un argumento desde el enfoque de las capacidades*. London: Polity.
- Vizard, Polly. 2021. El enfoque de las capacidades y los derechos humanos. En *The Cambridge handbook of the capability approach*, ed. Enrica Chiappero-Martinetti, Siddiquir Osmani y Mazaffar Qizilbash, 624-642. Cambridge: Cambridge University Press.
- Walzer, Michael. 1983. *Esferas de justicia. Una defensa del pluralismo y la igualdad*. Nueva York: Basic Books.
- Wiggins, David. 1998. Pretensiones de necesidad. En *Necesidades, valores, verdad. Essays in the philosophy of value*, 3ª edición, pp. 1-57. Oxford: Oxford University Press.
- Wilkinson, Richard, y Pickett, Kate. 2010. *El nivel del espíritu. Por qué una mayor igualdad hace más fuertes a las sociedades* (2009). Nueva York: Bloomsbury.
- Wolff, Jonathan. 2011. *Ética y política pública. Una investigación filosófica*. London: Routledge.
- Wolff, Jonathan. 2012. *El derecho humano a la salud*. Nueva York: Norton.
- Wolff, Jonathan, y de-Shalit, Avner. 2007. *La desventaja*. Oxford: Oxford University Press.
- Organización Mundial de la Salud. 1946. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: World
- Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>.
- Organización Mundial de la Salud. 2001. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>.
- Organización Mundial de la Salud-Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2009. *Cerrar la brecha en una generación: La equidad sanitaria mediante la acción sobre los determinantes sociales de la salud (informe final)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>.
- Young, Iris Marion. 1990. *La justicia y la política de la diferencia*. Princeton, N. J.: Princeton University Press.
- Young, Iris Marion. 2011. *Responsabilidad por la justicia*. New York: Oxford University Press.

Acceso abierto Este capítulo está autorizado bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite utilizar, compartir, adaptar, distribuir y reproducir en cualquier medio o formato, siempre que se dé el crédito correspondiente al autor o autores originales y a la fuente, se proporcione un enlace a la licencia Creative Commons y se indique si se han realizado cambios.

Las imágenes u otro material de terceros que aparecen en este capítulo están incluidos en la licencia Creative Commons del capítulo, a menos que se indique lo contrario en una línea de crédito al material. Si el material no está incluido en la licencia Creative Commons del capítulo y su uso previsto no está permitido por la normativa legal o excede el uso permitido, deberá obtener permiso directamente del titular de los derechos de autor.

