

## APORTES PARA UNA FILOSOFIA POLITICA DE LA SALUD EN EL PARAGUAY

Recalde Felipe<sup>1</sup>

### RESUMEN

Este ensayo aborda el tema de la justicia social y su relación con la salud pública, desde los antecedentes generales sobre la justicia social en Paraguay en los inicios del Siglo XX, la débil práctica en los campos de la medicina social, el estado de bienestar y las recientes propuestas de política sanitaria del actual gobierno. El enfoque se centra en las teorías del bienestar basado en las necesidades y las capacidades en salud, se analizan las precondiciones para su aplicación y las críticas más recientes al enfoque predominantemente redistributivo de la justicia social. Se esquematizan las medidas de operacionalización para futuras investigaciones.

**Palabras clave:** Justicia Social, Capacidades en Salud, Salud Pública

## CONTRIBUTIONS TO A POLITICAL PHILOSOPHY OF HEALTH IN PARAGUAY

### ABSTRACT

This paper addresses the issue of social justice and its relationship to public health from the general background on social justice in Paraguay, in the early twentieth century, the weak practice in the fields of social medicine, the welfare state and recent proposals by the current government health policy. The focus is on the theories of welfare based on the needs and capabilities in health, discusses the preconditions for its implementation and the latest critical to focus predominantly redistributive social justice. Measures are outlined for future research operationalization.

**Keywords:** Social justice, health capabilities, public health

<sup>1</sup> Medico Patólogo, Salubrista. Director de Pos Grado, Instituto Nacional de Salud. Asunción, Paraguay

Recibido: 15-06-11

Aprobado: 17-08-11

## INTRODUCCIÓN

Se expone brevemente sobre algunos caminos para la búsqueda de nuevos conocimientos en el tema de la política sanitaria que sirvan para la deliberación y crítica en este campo.

En ausencia de publicación alguna sobre la actual política sanitaria, es posible emprender dos tipos de abordajes: el primero basado en el análisis de la política sanitaria según métodos apropiados a la búsqueda de evidencias como propone G. Walt, por medio de la aplicación de marcos teóricos y teorías del diseño, aplicación y evaluación de políticas

En este sentido los marcos teóricos se plantean como modelos que organizan la investigación identificando elementos y relaciones entre elementos que necesitan ser considerados para generar una teoría. Entre estos marcos se citan las etapas heurísticas, el modelo del triángulo (contenido, actores, contexto y proceso) y el enfoque de redes. Entre las teorías, cuyo tratamiento implican criterios de causalidad y modelos explicativos en el respectivo campo de conocimiento se mencionan las teorías de múltiples vías, la teoría de equilibrio y la de implementación múltiple. En el enfoque metodológico se subraya la importancia de considerar la ubicación interna o externa del observador con relación al objeto y proceso en estudio. Es la investigación de la política de la salud<sup>(1)</sup>.

La segunda opción menos ambiciosa consiste en aplicar el método de la reconstrucción racional, de la forma entendida por J. Habermas como el conocimiento que se ubica entre los paradigmas objetivista y subjetivista, en forma descriptiva y normativa al mismo tiempo, cuyo substrato es el conocimiento intuitivo de los actores poseyendo la competencia comunicativa. El análisis es diacrónico y sincrónico y genera hipótesis para hacer una crítica de la realidad, que es falible y “pre-teórica”. Es la actitud metodológica que acepta el pluralismo metodológico y teórico, y cuyas hipótesis podrán ser probadas por medio de otras teorías o sea indirectamente<sup>(2)</sup>.

Sin entrar a discutir otros aspectos de la fundamentación del método y las argumentaciones críticas en contra, a modo de ejercicio se busca

realizar un análisis de la filosofía política de la política sanitaria del Paraguay, que pueda servir de insumo para la deliberación sobre esos asuntos. Sin las pretensiones de un ensayo académico acabado se elabora estas notas que pueden dar origen a hipótesis que enriquezcan las investigaciones empíricas posibles en forma mediata y elementos para la discusión en forma inmediata. Es importante que un ensayo es el sustento de una tesis personal que analiza textos y documenta evidencias<sup>(3)</sup>.

## ANTECEDENTES:

Conformada la Alianza Patriótica para el Cambio (APC), en los inicios de 2008, con la participación de distintos partidos políticos y movimientos sociales, se instala por nombramiento escrito un grupo de técnicos que elabora las bases de un programa electoral que incluyen todos los aspectos requeridos para el diseño posterior de un Plan de Gobierno. Mientras, otro grupo constituido en especial por salubristas inician un proceso de consultas sobre demandas de políticas sociales y salud que posteriormente se integra al Movimiento político TEKJOJA, basado fundamentalmente en movimientos campesinos y barriales urbanos. Hasta la elección del virtual gabinete gubernamental por parte del candidato ambos grupos en pugna elaboraron documentos de distinta amplitud y orientación ideológica. Mientras el primer grupo mencionado elabora un borrador del Programa Electoral amplio incluyendo aspectos de salud y seguridad social, además de gran parte del espectro de políticas, el segundo se centra fundamentalmente en la salud. Mientras el primero suaviza los aspectos ideológicos compatibles con los intereses de los participantes de la Alianza, el segundo mantiene una definición que en ese momento podría ser calificada como “progresista”. Ambos grupos elaboran documentos completos que dan cuenta de los objetivos y estrategias para el futuro plan de salud. Los documentos son: 1) Consolidado de propuestas de Partidos y Movimientos Sociales, 2) Plan de Acciones Inmediatas en Salud<sup>(4)</sup> y 3) Políticas Públicas para la calidad de vida y salud en equidad<sup>(5)</sup>. El resultado final de las oposiciones y visibilización favoreció al último documento, mismo que pasó a constituirse en el futuro Plan de Gobierno en Salud.

Como orientación programática en salud el Documento del Consolidado afirmaba que:

*“La nueva salud pública, basada en la medicina social, implementará efectivamente el Sistema Nacional de Salud con reorientación de la reforma sanitaria basada en evidencias de efectividad de la atención primaria de la salud, asegurando el acceso universal, gratuito, continuo y oportuno a servicios de salud de calidad. Se priorizará la salud materno-infantil y a las poblaciones pobres y vulnerables, disminuyendo las graves desigualdades existentes (urbano-rural, lengua madre e ingresos).”*<sup>(6)</sup>

Este enfoque es mantenido en el Plan de Acciones Inmediatas en Salud, mientras que el Documento de Políticas públicas para la calidad de vida, daba énfasis desde el inicio a la intersectorialidad y a la calidad de vidas entendidas como resultados de los determinantes que hacen al bienestar. Ambas propuestas afirmaban la necesidad de la implementación de la atención primaria como eje de renovación del Sistema Nacional de Salud, mientras que los aspectos de la reforma de salud era tratada por el Plan de Acciones Inmediatas como Reforma de la Seguridad Social, en la búsqueda del aseguramiento universal de la población. Ninguna de las propuestas hacía mención al menos explícita, del anterior intento de reforma basado en el “pluralismo estructurado” de Londoño y Frenk considerado anteriormente como manifestación de las preferencias por las reformas de tendencias privatizadoras implementadas en el Paraguay, aunque por motivos estratégicos la propuesta emergente dejaba intacta la Ley 1932, semejante a la ley 100 de Colombia, considerada por algunos como la justificación legal del sistema segmentado que rige en el Paraguay, quedando sin mención algún posicionamiento ante la reforma de la seguridad social, otro aspecto de las reformas neoliberales de los 90, de gran influencia en el país. Tampoco la descentralización, en especial promovida por USAID y con variaciones aplicada parcialmente por distintas administraciones del Gobierno Sanitario, ocupa la atención de alguno de los documentos. La debilidad de las discusiones anteriores a la asunción del gobierno ente los grupos participantes, impidieron conciliar el enunciado arriba transcrito y las propuestas de ambos documentos, ya que se presentaban ambos como complementarios en distintos aspectos.

La política económico social, la de salud y el plan electoral, por lo general, se comportan como espacios de intersección que permiten analizar las propuestas prometidas pre-electoralmente, su inclusión en el plan de gobierno y las acciones emprendidas, de tal forma que no existe por lo general exacta coincidencia entre los programas electorales y los planes de gobierno. Un detalle mayor útil al análisis se puede encontrar en un artículo de C. Matus<sup>(7)</sup>. Obsérvese en ésta referencia las diez tesis que C. Matus elabora para la conducción de las acciones de gobierno en la ejecución del plan, que por motivos de espacio no se ha comentado aquí.

#### LA INFLUENCIA DE LAS COMUNIDADES EPISTÉMICAS:

Los distintos enfoques normativos que orientan la aplicación de las políticas sociales y de salud no se originan espontáneamente en las instituciones u organizaciones, sino que se conforman por lo que se ha dado en denominar “comunidades epistémicas” que lejos de considerar su función como intervención o alguna suerte de conspiración, se constituye en una de las formas que adquiere la teoría de cambios en las estructuras e instituciones. Estas teorías son: 1) enfoque de comunidades epistémicas, 2) la neorealista, 3) el enfoque basado en la teoría de la dependencia, y 4) el enfoque post estructuralista. La primera de ellas -las comunidades epistémicas- se definen como la “red de profesionales con experiencia y competencias en un dominio particular con conocimiento autorizado que comparten: creencias normativas, creencias causales con relación a la acción social, y normas internas de validación y finalidades políticas.

De acuerdo a estas variables se estructuran distintas formas organizativas como: las instituciones y organizaciones, los canales intergubernamentales y transnacionales, las redes de políticas, el conocimiento consensual, los sistemas de creencias, códigos operativos y mapas cognitivos y finalmente las comunidades epistémicas. Las comunidades epistémicas introducen cambios en las áreas de interés y en los patrones de toma de decisiones<sup>(8)</sup>.

En el proceso de diseño de la política social y sanitaria se ha observado una composición

heterogénea de esas comunidades en nuestro medio: una consultoría externa, con experiencia previa en el campo de las políticas públicas y calidad de vida, que orienta a un grupo nacional con experiencia en trabajos de comunidad cercanos a los postulados de la medicina social o colectiva<sup>(9)</sup>, consultores del Programa de las Naciones Unidas (PNUD), en el caso del Plan de Desarrollo del Gobierno elaborado por el Ministerio de Hacienda<sup>(10)</sup>, y un grupo heterogéneo de técnicos orientados por un consultor con el diseño del Marco Lógico<sup>(11)</sup> en la política social. El Plan de desarrollo económico afirma que "el concepto central empleado es sobre el Desarrollo Humano, consensuado por las naciones y vigente en numerosos países con la colaboración del Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD)" Queda para el análisis determinar el modelo de planificación utilizado en cada uno de los planes anotados, quedando patente la variedad de comunidades epistémicas orientadoras del diseño de las políticas. La experiencia reciente en temas de políticas de salud han sido poco alentadoras en la transferencia de conocimiento de comunidades epistémicas externas como el caso de la Reforma Sanitaria de los años 90 de corte neoliberal. Es de importancia explicitar las fuentes de información en las que las comunidades se han basado para la orientación normativa así como la necesaria adaptación de la propuesta al nivel nacional, con especificidades propias al respecto de la política sanitaria<sup>(12,13)</sup>. Al mismo tiempo pueden ser de utilidad para la deliberación y discusión la revisión de las experiencias de aplicación del modelo en las propuestas de intervención realizadas en Venezuela y en Bogotá, Colombia en el caso del Documento de Políticas públicas y calidad de vida. A juzgar por los documentos el Plan orientado por PNUD sigue el concepto de capacidades, el de Calidad de Vida y Salud el de la Teoría de necesidades, mientras que no existe una idea clara sobre el marco utilizado en el de políticas públicas sociales, excepto la elaboración de un árbol de problemas y otro de objetivos.

#### JUSTICIA SOCIAL Y SALUD EN PARAGUAY

La medicina y la salud pública han estado por mucho tiempo separadas, aunque la sensibilidad social de los médicos paraguayos no esté en tela de juicio, en especial los formados en la Facultad de

Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Es escasa la mención en la literatura médica sobre la justicia social. Durante la primera mitad del siglo XX resaltan la mención de la cuestión social en los escritos de Rafael Barret en el capítulo correspondiente de "El dolor paraguayo" y más tarde de la pluma de Eligio Ayala en un libro escrito en 1918, el primero haciendo referencias a la explotación humana y el segundo sobre el significado, la delimitación y el origen de la cuestión social como consecuencia del desarrollo del capitalismo. Al mismo tiempo, el desarrollo de la salud pública puede marcarse en tres eventos fundamentales: la creación del Consejo de Medicina e Higiene pública en 1876, la del Ministerio de Salud Pública en 1936 y la creación del Instituto de Previsión Social a inicio de los cuarentas como reflejo de la época bacteriológica el primero, el auge de los ministerios e Institutos de Salud en América el segundo y el desarrollo de los sistemas bismarkianos o tripartitos de aseguramiento el tercero. Durante estos años hubo un desarrollo constante de la medicina casi sin mención de la medicina social y la salud pública fundada en los eventos cercanos a 1848 en Europa y Estados Unidos de América, de importantes consecuencias en los derechos civiles y los cambios en el mundo incluyendo la declaración del Manifiesto Comunista. Los primeros años del siglo XX serán los del fin de la teoría miasmática, de la época bacteriológica y de las campañas sanitarias para detener las enfermedades transmisibles a cargo de los estados. Hasta muy tarde (años 80) pasarán casi desapercibidos los trabajos de Salvador Allende sobre la cuestión médico social chilena en los años 30 y los análisis filosóficos y de influencia ideológica en la medicina elaborados por Juan Cesar García. Tampoco los partidos políticos se tomarán la dedicación de elaborar por medio de sus intelectuales alguna filosofía propia de la atención sanitaria.

#### LA MEDICINA SOCIAL

Como decíamos, al desarrollo separado de la medicina y la salud pública, los repetidos periodos de autoritarismo durante el siglo XX, la débil formación sanitaria en la universidades y el escaso aporte de los partidos o movimiento de ideas políticas, además de la especial dependencia de la salud pública paraguaya de la cooperación externa

predominantemente instrumental han contribuido al escaso desarrollo de la disciplina. La permeabilidad de los sistemas de salud y sus liderazgos a las recetas externas hasta muy tarde, facilitadas por grupos internos nos expusieron a las ideas conservadoras en salud en algunos casos. Por esos años se podrá reconocer la aplicación resistida, parcial de la Atención Primaria de Salud en su forma selectiva segmentada de la participación social genuina, debido a la larga dictadura que azotó al país. Uno de los aspectos importantes en la última década entre otros fue la creciente importancia dada a la promoción de la salud. Más recientemente los conceptos y acciones directrices de la “salud y la calidad de vida” encuentran resistencia en la profesión médica dada la formación biologicista que todavía predomina en nuestras universidades formadoras de médicos. La epidemiología social no existe en Paraguay y la salud colectiva con su fundamentación ideológica de la clase social es apenas mencionada. Los fundamentos de la medicina social (salud colectiva) son poco conocidos aunque existan aplicaciones testimoniales en la población marginada. La bioética solo se enseña en años recientes y todavía restringidos a la relación médico paciente con escasa difusión y estudios de las realidades sociales de la salud pública.

#### FILOSOFÍA DE LA SALUD PÚBLICA, FILOSOFÍA POLÍTICA Y VALORES ORIENTADORES DE LA POLÍTICA

La mención de una disciplina como la filosofía poco afín a la práctica sanitaria y a la formación profesional no debe mover a una actitud de reserva ante ese modo de pensar y menos aún del pensar críticamente.

Una filosofía de la salud pública debiera estar formada por una **ontología** que se refiere a la naturaleza o esencia de la realidad, de algo existente (conceptos de salud y de lo público); una **ética** o el estudio de lo correcto o de las acciones con corrección; y una **epistemología** o la disciplina que estudia como el conocimiento es abordado por fuera de los contenidos psicológicos del acto de razonar y la validez de los enunciados de una ciencia<sup>(14)</sup>, y como afirma H.E Sigerist: “ es importante que el sanitarista sea más que un

técnico. El necesita una filosofía que guie su acción<sup>(15)</sup>”.

Una cuestión distinta es la filosofía política, que como filosofía moral tiene que ver con los ideales de la sociedad y la política, mientras que las ciencias políticas tienen que ver con el estudio de la realidad. Un ejemplo de filosofía política es aquel que describe las precondiciones que regulan las sociedades modernas pluralistas a través de normas y leyes positivas: una teoría de la democracia. Ejemplos son el cuerpo de ideas sobre una forma de organización política y la relación estado sociedad mediada por la comunicación como hace J. Habermas o en nuestra América como se trata la política desde el enfoque de la teoría de la liberación (E.Dussel).

Y finalmente otra cosa son los valores que fundamentan o subyacen a una práctica sanitaria o política de salud. Estos valores, con su mera cita no se constituyen en filosofía política como vamos a pasar a analizar.

El documento de políticas del periodo de Gobierno 2005-2008 anota en su capítulo segundo la concepción de política de esa administración, describiendo los principios rectores que fundamentan la política, además de otros principios y valores que subyacen al diseño de políticas. Sobre este último punto se señalan la dignidad y trascendencia de la persona humana, los derechos humanos y la democracia representativa con igualdad de oportunidades, la solidaridad y el bien común, la equidad en sus distintas versiones, la justicia social, la integralidad y humanización, la confidencialidad, la interculturalidad, la transparencia de la gestión, la asociatividad y cooperación en la gestión, además de la búsqueda del desarrollo pleno de las personas.

Difícilmente podemos estar en desacuerdo con estos principios y valores aunque del dicho al hecho las anteriores administraciones hayan mantenido un estado de situación poco favorable al desarrollo del sistema sanitario y la disminución de riesgos y daños compatibles con una salud integral. Es el caso de la cita extensa y exhaustiva de valores que no se manifiestan en las acciones y resultados sanitarios. De forma semejante, el documento Políticas Públicas para la calidad de vida y salud con equidad,

afirma que “para que el derecho a la salud sea efectivamente un derecho las políticas públicas de salud y calidad de vida se sostienen en cuatro principios fundamentales: universalidad, equidad, integralidad y participación social” Con relación a la equidad se anota que para lograr disminuir las diferencias entre los grupos sociales, “se debe mirar la realidad desde la perspectiva de la justicia social y de un Estado de Bienestar”<sup>(16)</sup>.

Cabe recordar el programa de gobierno del periodo 2005-2008 y comparado con el Documento de las Políticas Públicas actual no existen mayores diferencias en cuanto a valores que los guían, aún cuando el último introduce innovaciones por el camino del cambio de políticas señalando las propuestas derivadas de la formulación central como a) la garantía del derecho a la salud como derecho humano fundamental, el cumplimiento del marco legal vigente en salud, romper con la perpetuación de la inequidad y la función pertinente del Estado en este tema, la superación de la focalización excluyente, la implementación de la APS como eje articulador del sistema de salud y la promoción de la participación ciudadana. Otra diferencia fundamental radica en la abogacía y las acciones tendientes a lograr mayor presupuesto total y público en salud y política sociales, la introducción renovada de la APS, y la gratuidad como una primera manifestación de la búsqueda del cumplimiento de los derechos sanitarios con la estrategia promocional de “la calidad de vida”.

#### ALGUNOS APORTES PARA UNA FILOSOFÍA POLÍTICA, DE LA SALUD PÚBLICA EN PARAGUAY

Una tarea pendiente en la salud pública del Paraguay es la construcción de un pensamiento y prácticas sanitarias que actores situados en este país, en este tramo de su historia y en la perspectiva global/regional/nacional recupere las prácticas que han permanecido en el tiempo dando respuesta cultural y tecnológicamente apropiadas a nuestras necesidades, se abra al mismo tiempo a miradas universales y las innovaciones sociales y tecnológicas que han resultado exitosas en otros ámbitos.

Pensar desde adentro y dando sentido a los hechos históricos de la sociedad y de la medicina/salud pública, culturales e incluso geopolíticos con el

aporte solidario de otros podría instalar cambios políticos, tecnológicos y una nueva significación a la salud pública. El pensar histórico de la salud pública todavía espera por un marco de análisis; nuevos nexos entre las ramas “humanistas” del conocimiento y el campo de la salud todavía escasos, excepto un prometedor nexo entre filosofía y bioética que se ha iniciado. Las relaciones de la economía política y la salud pública esperan por nuevas generaciones de sanitaristas abiertos a nuevos enfoques. Entrever la emergencia de nuevos paradigmas epidemiológicos y sanitarios además de la inserción de nuestra salud pública en una visión de la salud global necesita de nuevos pioneros. Nuevas expresiones se escuchan hoy como “calidad de vida”, “políticas públicas”, “estado de bienestar” Veamos algunas de ellas.

#### ESTADO DE BIENESTAR:

Largos años de autoritarismo y las nuevas corrientes han abandonado el concepto de estado de bienestar como un asunto perimido coincidiendo con las manifiestas intenciones del pensamiento único, de origen neoliberal. En los documentos cuando se lo cita es para obviar el tratamiento de las instituciones económicas del Bienestar: los sistemas puros (capitalismo no regulado, socialismo de estado, comunismo) y los sistemas mixtos (capitalismo de estado, capitalismo corporativista y capitalismo neoliberal)<sup>(17)</sup>. Más recientemente se puede hacer la distinción entre regímenes de Welfare State, regímenes de seguridad informal, y regímenes de inseguridad, además de los habitualmente conocidos como liberal, conservador/corporativista y social-democrático<sup>(18)</sup>. No conocemos ningún estudio del Estado de Bienestar en Paraguay según estos criterios, lo que podría ser importante para caracterizar la gran cantidad de instituciones que hacen al mundo de la “política social”. Cuál es la relación entre régimen de “welfare” y desarrollo económico social en Paraguay?

#### LA JUSTICIA SOCIAL:

Igual imprecisión se da con la palabra “equidad” tan ampliamente utilizada hoy día no reconociendo su origen en el pensamiento marxista bajo la expresión de justicia social, aunque renovada por

los trabajos de J.Rawls, A. Sen, R. Dworkin, y otros. Más apropiado podría ser revisar las teorías de justicia, sus fundamentos, diferencias y modos de aplicación en las instituciones. Los autores mencionados difícilmente podrían ser etiquetados como estamos acostumbrados de liberales, del liberalismo social, socialdemócratas o socialistas. Si los autores no resisten dichas etiquetas menos aún la mención o aplicación de las respectivas teorías de justicia.

## TEORÍAS DEL BIENESTAR

A partir de un trabajo de Sabina Alkire, damos cuenta de la extensa lista de teorías del bienestar entre las que resaltan la de “las capacidades” de A. Sen, de las capacidades de M. Nussbaum y otra cercana a esta última de Doyal y Gough<sup>(19,20)</sup>. Existen algunas diferencias importantes entre el enfoque de capacidades y enfoque de necesidades, suficientes como para que las tomas de decisiones en políticas sociales de nuestro medio las considere, ya que dos planes de políticas mencionados difieren en este aspecto. El de desarrollo apoyado por PNUD basado en el enfoque de capacidades y el de Políticas públicas y calidad de vida, aparentemente, en el enfoque de necesidades.

La teoría que da sustento a la filosofía política de la salud pública actual como intervenciones que buscan las condiciones de salud y su relación con los determinantes que condicionan el bienestar (condiciones de vida), aunque influido por el enfoque de capacidades y libertades de Amartya Sen, opta por la teoría de la capacidades de Martha Nussbaum y de las necesidades humanas de Doyal y Gough de 1991<sup>(21)</sup>.

## TEORÍA DE LAS NECESIDADES

Con relación a las necesidades un aporte fundamental lo constituye el análisis realizado por Agnes Heller<sup>(22)</sup>.

El sistema de necesidades humanas debería corresponder al sistema de necesidades al estilo de vida que nosotros hemos escogido. Las necesidades deben ser tales que el sistema no se dé en relaciones de subordinación y jerarquía y que la tenencia de poder y bienes no utilice al hombre

como medio. Las necesidades radicales son a) el desarrollo pleno de la personalidad, b) que los hombres decidan por si mismos c) la generalización de comunidades libremente elegidas y la igualdad en las relaciones personales d) la relación entre trabajo necesario a la sociedad y el tiempo libre e) eliminación del hambre, la miseria y la guerra, y f) el contraste entre la cultura de élites y la de masas.

Las necesidades radicales son demandas que han de ser reconocidas, demandas de valor cualitativo que aporten a las formas de vidas valoradas y no cuantificables, cuya satisfacción depende más de un proyecto de vida personal que de la articulación de un orden social determinado. Necesidades radicales son todas aquellas necesidades que nacen en la sociedad capitalista como consecuencia del desarrollo de la sociedad civil pero que no pueden ser satisfechas dentro de los límites de la misma. En su obra sobre “Teoría de las necesidades en Marx”, Heller dice que “son cualitativas y no cuantitativas, no pueden ser satisfechas en un mundo basado en la subordinación y la dependencia, y que guía a la gente a tener ideas y prácticas que tiendan a abolir la subordinación y la dependencia”<sup>(23)</sup>. La continuidad entre las obras de A. Heller y Doyal y Gough más actuales a nuestra manera de ver es notoria y comentada por el editor de la mencionada obra de Heller.

En el Sistema de Necesidades la meta universal de las acciones son: la prevención de daños serios que impidan la **participación social** con las menores discapacidades posibles y en última instancia la **liberación** de las personas mediante la participación crítica en las formas de vida elegida. Estas metas universales dependen de la salud física, la autonomía de agencia y la participación crítica dependiente de las precondiciones o garantía de derechos.

Las necesidades básicas consisten en un “óptimo” de la salud física, la autonomía de agencia<sup>(24)</sup> y la autonomía crítica<sup>(25)</sup>.

Las necesidades intermedias influyen en la salud física y la autonomía de agencia: y consisten en un mínimo óptimo de alimentación nutritiva y agua, vivienda adecuada, medio ambiente físico no peligroso, cuidados de salud adecuados e integrales, seguridad en la infancia, relaciones primarias significativas, seguridad física, seguridad

económica, control seguro de la reproducción y crianza de los niños, educación básica, que se constituyen en los satisfactores específicos proporcionados por el esfuerzo individual, grupal, comunitario y la protección de un Estado de Bienestar, en el caso del Paraguay del tipo de **Régimen de seguridad informal** en la clasificación de Geof Wood and Ian Gough.

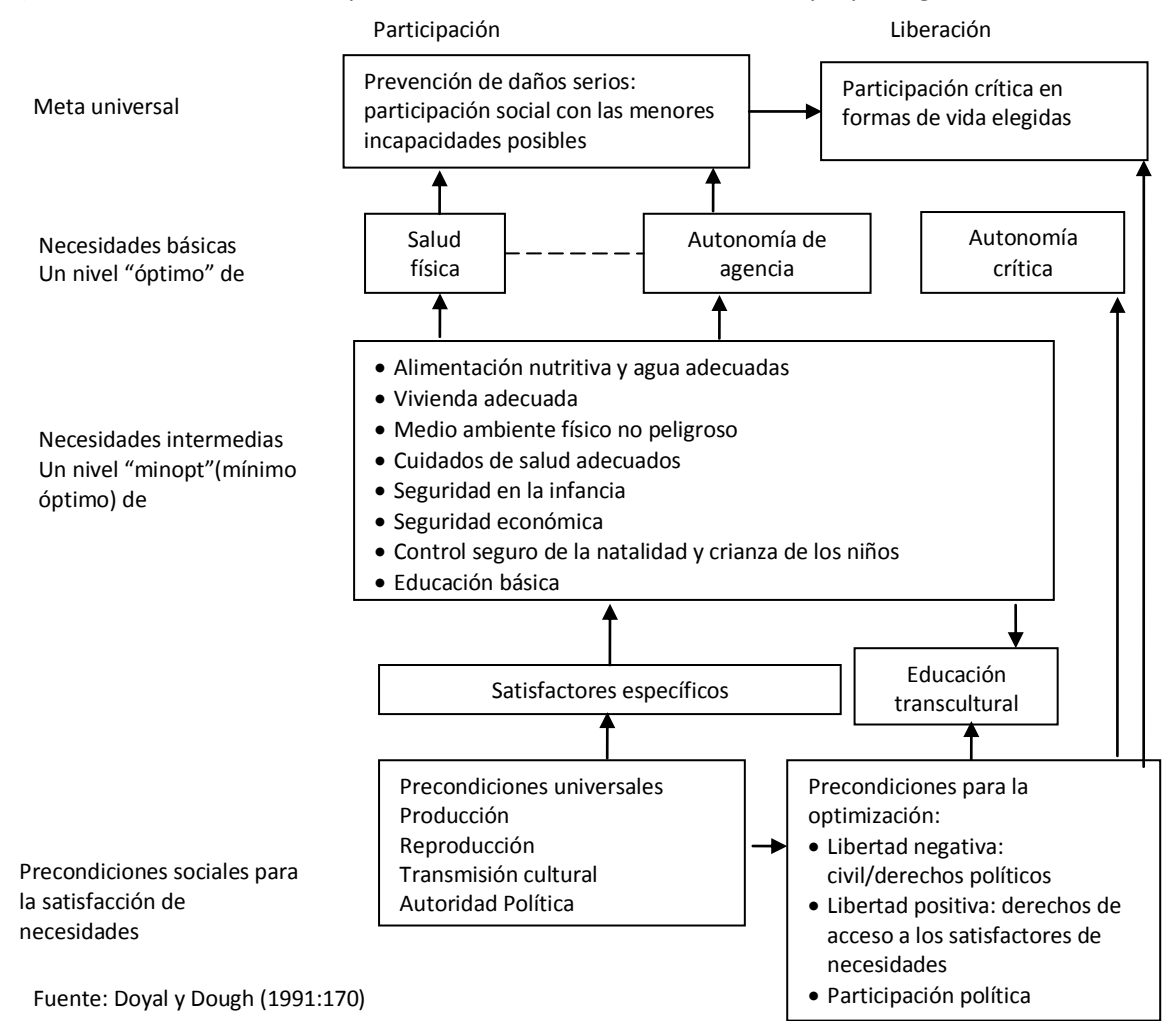
Otro aspecto de las necesidades intermedias es la educación transcultural o intercultural como precondition para una autonomía crítica. Esta educación considera una forma distinta de ética intercultural de especial importancia a la hora de tratar la política social y sanitaria para los pueblos indígenas, aspectos poco analizados hasta ahora en nuestro medio, excepto por el diseño de una política de salud para los pueblos indígenas iniciado en la administración sanitaria anterior y reafirmada

en la actual. Recientemente, Roberto Céspedes (PNUD) menciona este marco teórico propuesto por A. Sen, además de los enfoques de Nancy Frazer sobre reconocimiento en un informe sobre adolescencia indígena en Paraguay.

Las precondiciones sociales para la satisfacción de las necesidades incluyen las de carácter universal de producción, reproducción, de transmisión cultural y de una autoridad político administrativa.

Las precondiciones de garantías incluyen de libertad negativa y de derechos políticos, de libertad positiva: derechos de acceso a los satisfactores de necesidades (entre los que se consideran el derecho a la salud y los derechos sociales) y la participación política<sup>(26)</sup>. En la figura 1 se observa las relaciones de conceptos en la teoría de necesidades de Doyal y Gough

Figura 1: Relaciones de conceptos en la teoría de necesidades de Doyal y Gough



Las garantías para la satisfacción de necesidades se dan en el sistema de derechos:

1. Derechos básicos que resultan de la elaboración políticamente autónoma de derecho al mayor estado posible de iguales libertades individuales.
2. Derechos básicos que resultan de la elaboración políticamente autónoma de un estatus de membresía en asociaciones voluntarias bajo el imperio de la ley.
3. Derechos básicos que resultan inmediatamente de la judiciabilidad de derechos que resultan de la elaboración autónoma de individuos sujetos a la protección legal.
4. Derechos básicos a iguales oportunidades de participar en procesos de formación de la opinión y organización en los cuales los ciudadanos ejercen su autonomía política y a través de los cuales se generan las leyes legítimas.
5. Derechos básicos a la provisión de satisfactores de las condiciones de vida que son social, tecnológica y ecológicamente aseguradas, incluyendo las iguales oportunidades de utilizar los derechos civiles listados en los puntos 1,2,3,y 4.

Estas precondiciones deben ser entendidas como principios constituyentes para la aplicación concreta de leyes y derechos.

Los tres primeros puntos aseguran la autonomía individual, el cuarto no subordinado a los tres primeros asegura la autonomía pública y se refieren a la participación política, mientras que el quinto derivado de los anteriores se refiere al bienestar y otras precondiciones para el ejercicio de los primeros cuatro tipos de derechos. En esta versión se yuxtaponen las autonomías individual o privada y la pública de los sujetos de derecho. *La posibilidad de la participación política es dependiente de un sistema amplio de derechos, mientras que el estatus de sujeto legal es dependiente de la participación política, a través del cual se deciden sobre los derechos validos.*

El estado constitucional podría no ser posible sin una democracia radical (deliberativa) en la cual los sujetos legales se ven a sí mismos tanto como autores tanto como sujetos de la ley<sup>(27)</sup>. La distinción

entre las esferas públicas débil y fuerte señala a la primera como el ámbito de la deliberación para la formación de la opinión y a la segunda como la deliberación en el ámbito de las instituciones.

Con relación a la tan repetida tensión entre representación y participación, nos releva de mayor abundamiento el texto de Iris Marion Young quien argumenta a favor de la representación como relación<sup>(28)</sup>.

No se puede encontrar coherencia de enfoques entre los tres documentos de políticas del actual gobierno, y sí, mayor desarrollo en el Documento de Políticas de Salud y Calidad de vida con cita de valores de la política, sin optar por una teoría concreta o filosofía política explícita, fruto de la orientación proporcionada por la comunidad epistémica correspondiente. Menos precisión se encuentra a la hora de ubicar la filosofía de la política sanitaria y social en un marco más amplio de “teoría de la democracia” y “sistemas de garantías” como lo hace J.Habermas o la tan mencionada “democracia participativa” como opuesta a la representativa como se pretende en algunos medios políticos. Menos claridad encontramos para “etiquetar” al régimen como lo pretenden comentaristas de la política o los propios actores como de derecha, centro o izquierda, hasta que un análisis de los discursos y prácticas encuentre alguna coherencia en el posicionamiento oficial actual. Pocos, si alguno hubiere entre los politólogos afines al gobierno han planteado o introducen la denominación de “neopopulismo de izquierda” y nadie recuerda la filosofía de la liberación como fundamentación de la política en las fuentes de E. Dussel, aunque sea de interés revisar en este autor las condiciones para que una política social sea justa desde el punto de vista de los afectados (los excluidos).

No se ha tratado aquí, los conceptos de “derechos a la salud”, universalidad, focalización, territorios sociales, modelos de atención, gratuidad, economía política de la APS, gobernanza en sistemas segmentados, autonomía, ciclos de vida, salud global, universalidad y derechos, redes, empoderamiento, alfabetización sanitaria, enseñanza de la justicia social, medicina social, paradigmas emergentes, conceptos cuya clara

interpretación ayudarán a una mejor difusión y aplicación de la política sanitaria.

Si como afirma H. Sigerist, la salud pública no se agota en el saber técnico y necesita de una filosofía, esta no se construye sino a partir de la libertad de enseñanza, la formación de grupos de análisis, la autocrítica constante, tanto como estos ejercicios motivadores de explicitación de intuiciones y referencias a teorías y enfoques de la política social y sanitaria concretas actuales.

Los avances anunciados y aplicados en la política sanitaria actual son importantes, y están a la espera de una pedagógica difusión y análisis, y si la salud pública es política (Virchow) y una cuestión de poder (Testa), la filosofía que la sustenta no debiera tener menor importancia.

#### TEORÍA DE CAPACIDADES

La extrema privación y las enfermedades evitables están ampliamente extendidas por el mundo, como las grandes disparidades e inequidades en la aplicación de los avances de la medicina y los efectos de factores determinantes. Los avances diagnósticos y terapéuticos cada vez más avanzados no llegan a gran parte de las poblaciones. Global y localmente se justifica la construcción de nuevos enfoques de política que integren la filosofía moral y la filosofía de la política de salud. La otra razón es que las corrientes éticas existentes como el utilitarismo, el comunitarismo, la teoría de justicia liberal de Rawls y las de igualdad de oportunidades no llenan las expectativas de académicos y políticos en la aplicación de estos principios a la distribución de los recursos en materia sanitaria. Por otro lado el derecho a la salud por lo general se refiere al derecho al acceso a los servicios y no a servicios de calidad, no dual y a la remoción de la exposición a las causas o determinantes de las enfermedades. Tradicionalmente la justicia social se considera como equidad de acceso a los servicios de salud pública pero menos atención se presta a la salud misma como objeto del derecho.

¿Como se origina esta forma de entender la salud?

Sin oponerse a los conocimientos médicos, trata de la justicia social. Se decía antes que solo la atención es abordable para considerar la justicia y no la salud

misma, pero a partir de los estudios de Amartya Sen es posible entender la salud como la capacidad – según el pensamiento aristotélico- para lograr el florecimiento de la vida o vivir la vida en plenitud. El filósofo pensaba que la finalidad de la política es la búsqueda de la vida que valga la pena ser vivida. Basado en este pensamiento John Rawls en su teoría de la justicia defiende que la equidad se logra privilegiando a los menos favorecidos en la distribución de los bienes primarios. Pero Sen va más allá, aplicando el principio de justicia a la capacidad de lograr funcionamientos adecuados al desarrollo humano individual y colectivo. Siguiendo a A. Sen, Martha Nussbaum modifica el concepto de capacidad por el de necesidades para la salud plena. Por ejemplo: si a un niño con problemas de mala adsorción intestinal se le da alimento el mismo no lo aprovechará por disminución de capacidades de aprovechamiento del alimento. A eso se le denomina falta de capacidades o necesidad. En la tabla 1 se presenta la comparación de listas entre las necesidades y las capacidades.

¿Pero esa manera de considerar la salud no se aplican en la práctica?

Sí. Se está aplicando en sus inicios con el nombre de “salud y calidad de vida” en algunos países del continente y en países desarrollados como “enfoque de capacidades” basado en los estudios de Jennifer P. Ruger (Universidad de Harvard de USA) y “enfoque de necesidades” por Len Doyal e Ian Gough de la Escuela de Economía de Londres en Inglaterra.

¿Cómo se explican esos paradigmas?

La política debe estar dirigida a mantener y acrecentar la salud para satisfacer las necesidades de salud por medio del enfoque de capacidades. Las capacidades en salud incluyen la salud física y la capacidad de decidir (agencia o autonomía) individual o colectivamente para optar por soluciones apropiadas para mejorar o recuperar la salud. Esas capacidades son numerosas y son orgánicas o sociales, individuales, de comportamiento que implican una autonomía crítica del individuo.

Tabla 1: Comparación de listas

| NECESIDADES: Doyal y Gough                       |                                                                                                                                                                                                                                                                              | CAPACIDADES FUNCIONALES<br>HUMANAS CENTRALES (CFHC): Nussbaum                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivos universales                            | Prevención de graves daños<br>Participación social<br>Participación crítica                                                                                                                                                                                                  | Integridad física<br>Afiliación A<br>Control sobre el entorno A: político                                                                                                                                                                                                                              |
| Necesidades básicas                              | Supervivencia<br>Salud física<br>Capacidad cognitiva y emocional<br><br>Comprensión cultural: profesores<br>Oportunidades para participar<br>Autonomía crítica                                                                                                               | Vida<br>Salud corporal<br>Sentidos, imaginación, pensamiento<br>Emociones<br>Afiliación B<br>Sentidos, imaginación, pensamiento<br>Afiliación A y B<br>Razón práctica<br>Sentidos, imaginación, pensamiento                                                                                            |
| Características de los satisfactores universales | Alimentos y agua<br>Alojamiento protector<br>Entorno no perjudicial<br>Control de natalidad y nacimientos seguros<br>Cuidado sanitario apropiado<br>Infancia segura<br>Relaciones primarias significativas<br>Seguridad física<br>Seguridad económica<br>Educación apropiada | Salud corporal<br>Salud corporal<br>¿?<br>Salud corporal<br>Integridad corporal<br>¿?<br>Integridad corporal<br>Emociones<br>Emociones<br>Integridad corporal<br>Control sobre el entorno B: material<br>Sentidos, imaginación, pensamiento                                                            |
| Precondiciones sociales                          | Derechos civiles/políticos y participación política<br><br>Derechos económicos/sociales                                                                                                                                                                                      | Afiliación B: protección contra la discriminación<br>Control sobre el entorno A: política<br>También aparece en:<br>sentidos, imaginación, pensamiento<br>Razón práctica<br><br>Control sobre el entorno B: material<br>También aparece en:<br>afiliación A: instituciones que alimentan la afiliación |
| (Otros)                                          | ¿?<br>¿?<br>¿?                                                                                                                                                                                                                                                               | Afiliación A: otros<br>Otras especies<br>Capacidad para jugar                                                                                                                                                                                                                                          |

Cuadro tomado de Gough,I: El enfoque de capacidades de M. Nussbaum. Un análisis comparado con la teoría de las necesidades

¿Pero cómo se deciden en la realidad sobre qué capacidades o necesidades se debe actuar? Ruger ha desarrollado maneras de diagnosticar esas capacidades individuales para determinar prioridades para actuar sobre ellas, en su tesis presentada a la Universidad de Harvard en 1998. Ejemplo: cuales son las capacidades individuales para informarse sobre las formas de prevención de una enfermedad o informarse sobre la mejor forma de acceder a los servicios. Estos enfoques son valorados actualmente por la OMS y sus oficinas

regionales y se aplican a la salud, la enfermedad o las causas (determinantes de la salud).

¿Cuáles son las consecuencias de este enfoque para la política concreta?

Son varias. **Primero:** se trata de diagnosticar todas las inequidades o diferencias injustas. La atención de la salud no es la única causa del mejoramiento de la salud. También lo son el ingreso, la educación, la vivienda, el tiempo libre etc. Sin embargo la

atención debe estar garantizada equitativamente por la política y por la ley.

**Segundo:** Las capacidades básicas incluyen el poder estar libre de la mortalidad prematura evitable y un conjunto de atenciones básicas de la salud a decidir.

**Tercero:** Considera la libertad de las personas para decidir su propio plan de vida y la participación en las decisiones sociales para priorizar la política de atención.

**Cuarto:** Implica la asignación equitativa de recursos o bienes para lograr la salud además de cubrir por medio del seguro universal los gastos catastróficos que demandan una enfermedad de gran gasto personal o familiar.

**Quinto.** Considera socialmente alguna forma de priorizar lo más importante para una sociedad por medio de la deliberación o discusión en la sociedad civil y en consecuencia en la sociedad política.

Pero todo eso implica un diálogo social, en una sociedad cultural plural con distintos puntos de vista?

Justamente es la relación con la política, con las tomas de decisiones a partir de deliberaciones en el estado social de derecho, para lo cual se necesitan un grupo de garantías que hagan posible el diálogo y la representación. Las condiciones para esa deliberación son tres.

**Primero:** Las garantías del derecho y la política para llevar adelante el diálogo social en condiciones de igualdad, la forma de llevar adelante el diálogo argumentado sin más fuerza que la propia de los argumentos y el respeto al igual derecho de argumentar de todos.

**Segundo:** Lo que se llama “teoría de los acuerdos incompletamente teorizados” de Cass Suskin que consiste en facilitar en la sociedad los acuerdos parciales en forma gradativa sobre un asunto determinado. Reconocer donde están los acuerdos y los desacuerdos que pueden estar a nivel de los principios de mayor o menor jerarquía y las cuestiones más concretas y específicas. En la sociedad podemos estar de acuerdo con principios

generales de alto nivel como el “no matarás” pero a nivel de menor jerarquía pueden haber argumentos que permitan excepciones como la defensa propia y finalmente estos acuerdos quedar estampados en una ley concreta que la juzga. A veces estamos de acuerdo en soluciones concretas pero diferimos en el motivo de su aceptación.

Tercero: La deliberación debe mantener principios éticos de la comunicación, basado en argumentos, con pensamiento crítico y sin coacciones.

#### CRÍTICA DEL ENFOQUE REDISTRIBUTIVO DE LA JUSTICIA SOCIAL

A primera vista una filosofía que de sustento a la ética sanitaria, la toma de decisiones políticas basada en una teoría de justicia en el marco de una sociedad democrática podría ser suficiente para guiar la política sanitaria. En ese sentido la teoría de capacidades necesidades de salud puede dar respuestas iniciales importantes para guiar la política. Pero a poco de transitar encontramos críticas de importancia de dicha filosofía a partir de los trabajos de Nancy Frazer y Iris Marion Young. Veamos estas críticas.

**Primera crítica:** La delimitación de los sujetos de política, anteriormente era suficiente determinar quiénes son ciudadanos nacionales en una delimitación geográfica territorial del Tipo Keynesiano Westfaliano, es decir sujetos de redistribución socioeconómica dentro de los estados nacionales. Con la globalización este panorama se complejizó al punto de considerarse primero: quiénes son los miembros a considerar y en segundo lugar: cuál es la comunidad relevante para considerar la redistribución. El primer nivel sigue considerando las cuestiones substantivas de que redistribuir mientras que en segundo plano se considera el quién y el cómo. De esta forma una política redistributiva o de reconocimiento en el marco de las naciones hoy ya no son suficientes para lidiar con una forma globalizada de la justicia. En tercera instancia una falsa representación ocurre cuando dado el nuevo encuadre no considera a los actores como decisores del nuevo espacio como el global. La reglas decisorias de la política común ya no son suficientes para tomar decisiones, ya que las nuevas formas dejan fuera de marco a otros actores, lo que ocurre con las instituciones

económicas internacionales. Aquí como a nivel nacional no hay justicia distributiva sin representación legítima. Se manifiesta entonces a tres niveles: la política común, el encuadre de lo que debe ser considerado como justo o no y en tercer lugar la representación en el espacio correspondiente. De ahí que la forma monológica (un solo grupo de actores) de la justicia social debe plantearse como dialógica. El paradigma keynesiano westfaliano se transforma de teoría de justicia a la teoría de la justicia democrática global.

Segunda crítica: una nueva versión de la esfera pública considera a la igualdad como una cuestión necesaria para la democracia, la multiplicidad de actores es solo una etapa de la deliberación social y finalmente se trata de extender el concepto de lo público según el criterio para delimitar cuestiones de interés no estrictamente privado. Finalmente Frazer piensa que no hay estricta separación entre esfera fuerte y débil así como entre sociedad civil y sociedad política como antes se creía.

Tercera crítica: No existiría dos caminos alternativos de respuesta a la injusticia sino dos alternativas combinadas de redistribución y reconocimiento combinados en dos posiciones una afirmativa más conservadora y otra transformativa. La política redistributiva se presenta ante la explotación, la marginalización socioeconómica y la privación de bienes mientras que se plantearía el reconocimiento ante las injusticias de corte cultural como la dominación cultural, el no reconocimiento y la falta de respeto. La redistribución que tiende a socavar las diferencias grupos y promover el consumo se denominan como afirmativas ya que no modifican las relaciones de producción sino las de consumo, mientras que las transformativas no se dan en el sistema liberal benefactor sino el del socialismo con cambios en la división del trabajo. De la misma forma las políticas de reconocimiento pueden adquirir la forma de afirmación o de transformación según el grado de cambio que se proponga, según Frazer.

En consecuencia: una teoría de justicia monológica dentro de los estados nacionales no basta sino una teoría de justicia post wesfaliana global dialógica. La justicia distributiva es solo una de las posibles vías junto a la del reconocimiento ambas en sus versiones afirmativa y transformativa. La

representación política está en el centro de toda concepción de justicia y esta no se agota en la distribución del consumo si no en la modificación de las relaciones de producción social. Que es motivo de justicia social, a quienes y como se logra la representación plural son los asuntos importante a dirimir más que solo la distribución de bienes.

#### OPERACIONALIZACIÓN DEL ENFOQUE DE SALUD COMO CAPACIDAD

Desde hace algunos años importantes académicos e investigadores vienen desarrollado nuevos paradigmas para comprender y afrontar los problemas de salud de las poblaciones. Sin contar con los importantes cambios de visión que vienen desde la epidemiología social hoy queremos poner sobre la mesa el nuevo paradigma en construcción denominado “la salud como capacidades/necesidades” en sus dos versiones: ambas generadas por los trabajos iniciales de Amartya Sen y sus teorías del desarrollo, en una versión como “enfoque de necesidades de Martha Nussbaum/Len Doyal – Ian Gough<sup>(29)</sup> y la otra como enfoque de capacidades de Martha Nussbaum - Jennifer P. Ruger<sup>(30,31)</sup>.

En esta última versión Ruger, ha desarrollado a partir del concepto de salud como “florecimiento de la vida” de origen aristotélico, mediante los conceptos de bienestar, capacidades, agencia y libertades de Sen. La teoría de capacidades ha encontrado en Jennifer Ruger el desarrollo más importante para instrumentalizar en estudios concretos un perfil de capacidades para la salud. Este perfil se ha desarrollado como consecuencia de su tesis presentada en la Universidad de Harvard y posteriormente en la docencia en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Yale.

En pocas palabras el objetivo universal de la teoría de necesidades/capacidades es la prevención de graves daños, la participación social y la participación crítica en la sociedad. Las necesidades básicas son la sobrevivencia, la salud física, la capacidad cognitiva y emocional, la comprensión cultural, las oportunidades para participar y la autonomía crítica. Los satisfactores universales incluyen: la alimentación y agua, alejamiento protector, entorno no perjudicial, los nacimientos seguros, la infancia segura, las relaciones primarias

significativas, la seguridad física, la seguridad económica y la educación apropiada. Existen precondiciones sociales que hacen posible el desarrollo de las capacidades como los derechos civiles y políticos y los derechos económico-sociales.

Estos puntos de vista (Sen, Nussbaum, Doyal y Gough, y Ruger) han dado bases para la construcción de un nuevo paradigma que desde la filosofía y una filosofía política de salud en la justicia social (equidad) pueden dar forma a nuevas maneras de ejercitar la práctica de la salud pública con consecuencias en la ética, las medidas políticas de salud pública y la generación de las leyes en estos campos.

Es posible aplicar este enfoque a una enfermedad contagiosa y prevenible como el dengue manifestado actualmente como una de las epidemias modernas más graves que sigue afectando al país?  
Se puede ver el perfil de capacidades diseñado por Jennifer Prah Ruger<sup>(32)</sup>, que considera las capacidades como factores internos y externos:

Entre los factores internos se consideran a) estadio y funcionamiento de salud, b) conocimientos de

salud, c) búsqueda de habilidades, conductas y autoeficacia, d) Valores y fines, e) autogobierno y automanejo para lograr resultados en salud, f) toma de decisiones efectivas, g) motivaciones intrínsecas para lograr resultados en salud, h) expectativas positivas, y habilidades que favorecen los resultados positivos en salud.

Los factores externos son: a) normas sociales, b) extensión en las que las normas son valoradas positivamente, c) extensión en las que las conductas y habilidades son vistas favorablemente, d) extensión en la cual una conducta es adoptada mayoritariamente o resistida, e) extensión en la cual la discriminación impide el logro de resultados positivos g) normas a cerca de decisiones en contexto reducidos o sociales h) capacidad social para reconocer y oponerse a normas sociales. I) redes sociales y entorno social para lograr resultados en salud j) influencia de los grupos k) circunstancias materiales, l) seguridad económica, política social, social, ll) utilización y acceso a los servicios, y m) el sistema de salud.

Un resumen de los factores, y dimensiones de Jennifer P. Ruger se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2: Resumen de factores y dimensiones según Jennifer P. Ruger

| Factores    | Internos                                             | Externos                                  |
|-------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Dimensiones | a. Estado y funcionamiento de salud                  | a. Normas sociales                        |
|             | b. Conocimiento de salud                             | b. Redes sociales para lograr resultados  |
|             | c. Búsqueda de habilidades, conductas y autoeficacia | c. Influencia de los grupos               |
|             | d. Valores y fines                                   | d. Circunstancias materiales              |
|             | e. Autogobierno y autogestión                        | e. Seguridad económica, política y social |
|             | f. Toma de decisiones efectivas                      | f. Utilización y acceso a los servicios   |
|             | g. Motivación interna                                | g. Sistema de salud                       |
|             | h. Expectativas                                      |                                           |

El perfil considera en especial los determinantes económico sociales, de conciencia y conducta sin olvidar las condiciones de salud de las personas según su propia percepción y los diagnósticos elaborados según criterios médico biológicos elaborados por los profesionales de salud. A nuestra manera de ver el perfil, las dimensiones e indicadores no riñen con la información y prácticas biomédicas, o aún epidemiológicas pero agrega al análisis de las capacidades los factores internos y

externos que favorecen las conductas saludables apropiadas a la prevención y mitigación de los efectos de la epidemia en nuestro caso del dengue. Tiene la ventaja de que la teoría en cuestión tiene consecuencias en la ética, la política de salud y en las leyes.

Capacidades:

Las capacidades han sido desarrolladas con relación al bienestar por Amartya Sen. La política debe estar dirigida a mantener y acrecentar la salud para satisfacer las necesidades (incrementar las capacidades) de salud por medio del enfoque de capacidades. Las capacidades en salud incluyen la salud física y la capacidad de decidir (agencia o autonomía) individual o colectivamente para optar por soluciones apropiadas para mejorar o recuperar la salud. Esas capacidades son numerosas y son orgánicas o sociales, individuales, de comportamiento que implican una autonomía crítica del individuo.

#### Agencia o autonomía.

Capacidad dependiente de las libertades para elaborar y ejercitar proyectos de vida propios y valorados (que valgan la pena ser vividos). Capacidad de decidir y decidir críticamente sobre los problemas de salud y su atención, pero no solamente con relación a esta última.

Toma de decisiones y acuerdos incompletamente definidos.

La teoría de acuerdos señala que estos pueden ser elaborados a niveles de principios más altos o generales, intermedios y más concretos. Los acuerdos no se concretan por que habiendo consenso en los principios más generales al bajar de nivel existen posiciones distintas. También pueden haber acuerdos pero basados en principios distintos. En la práctica esta teoría permite el diálogo de las posiciones técnicas y las políticas o de preferencia de los actores. (Cass Suskin)

#### Influencia en las leyes específicas.

Las leyes específicas se elaboran con base en los acuerdos anteriormente citados según Ruger. Por ejemplo. Los pacientes afectados por dengue, una vez que los servicios públicos están saturados, tienen derecho a ser atendidos por servicios privados cubiertos en los costos por el estado o gobierno.

#### Responsabilidad individual y moralidad social compartida.

Una moralidad compartida pública se logra cuando los principios éticos se internalizan en un grupo

social, mismos principios que rigen la elaboración de decisiones o leyes.

#### Equidad en los determinantes de salud.

La equidad no se limita al acceso, sino al riesgo o exposición a los determinantes de las enfermedades. Aún la equidad no debe referirse solo al acceso sino a los servicios de calidad, en sistema de salud duales de distintas calidades de atención.

Relación estado sociedad: La relación estado sociedad se ejerce delimitando los actores, sus representaciones y los niveles de esfera pública débil o esfera pública fuerte.

Algunas conclusiones provisionales pueden ser:

1. El enfoque de capacidades puede aplicarse a distintos problemas de salud pública como el caso de la epidemia de dengue.
2. Tiene consecuencias prácticas en la ética, la política sanitaria y las leyes sanitarias. Tesis sustentadas por Ruger.
3. Se puede diseñar estudios que nos expliquen las capacidades diferenciadas de distintas poblaciones ante los problemas de salud.
4. Si los documentos de política de salud abogan por la equidad y el bienestar (calidad de vida) una posición coherente debería ser aplicar el enfoque de capacidades a distintos problemas de salud y priorizar las medidas adecuadamente.
5. La teoría nos indica formas de intervención sanitaria probablemente efectivas sujetas a evaluación de evidencias. No serían medidas distintas en todos los casos, pero habría énfasis diferenciados en las medidas y enfoques.
6. Puede tener influencia en la intervención en poblaciones o conjuntos discriminados o sencillamente abandonados, una vez que se aplique la posición de Nancy Frazer a la teoría crítica.

7. El instrumento anotado en el anexo puede ser modificado según la intensidad del estudio que se aborde.
8. Un grupo de estudio local puede avanzar en el estudio del paradigma a nivel académico y proponer investigaciones en nuestro medio.
9. En la presente epidemia, aún cuando conocemos los tipos de medidas preventivas y existen recursos económicos y el apoyo político parlamentario ha sido pleno, habría un gran déficit en la conducta de los actores sociales e institucionales y las decisiones en política sanitaria.

#### Conflictos de Interés

El autor declara no tener conflicto de interés en la publicación de este artículo.

#### Disclaimer

Las opiniones y afirmaciones contenidas aquí son propias del autor y no deben interpretarse como posición oficial o que reflejan la opinión del Instituto Nacional de Salud.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. G. Walt et al. Doing health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning*. 2008; 23, 308-317.
2. Pedersen, J. Habermas method: rational reconstruction. *Philosophy of the social sciences*. 2008; 38: 457
3. SINNE. El ensayo académico. Una experiencia de aprendizaje de lenguaje escrito. [sn], 2009.
4. Alianza Patriótica para el Cambio (Paraguay). Plan de Acciones Inmediatas en Salud. Asunción: [sn], 2008
5. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Paraguay). Políticas Públicas para la calidad de vida y salud en equidad. Asunción: El Ministerio, 2008
6. Alianza Patriótica para el Cambio (Paraguay). Consolidado de Propuestas de Partidos Políticos y Movimientos Sociales. Asunción: [sn], 2008.
7. Matus, C. Planificación y Gobierno. CUADECO. Num.3.
8. Haas P. Introduction: Epistemic communities and international policy coordination. *International Organization* 1992; 46(1),1-35.
9. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Paraguay). Políticas Públicas para la calidad de vida y salud en equidad. Asunción: El Ministerio, 2008
10. Ministerio de Hacienda (Paraguay). Propuestas para un crecimiento económico con inclusión social en Paraguay. Asunción: El Ministerio, 200?
11. Presidencia de la República. Secretaria Técnica de Planificación. Propuesta de política pública para el desarrollo social 2010-2020. Asunción: STP, 2010
12. Elia D y Cols Y. Estrategia de promoción de la calidad de vida. Asunción: GTZ, MSDS, 2002. Documento de trabajo.
13. Castañeda MH. Género, políticas públicas y de la calidad de vida. Caracas: ILDID, 2005
14. Wied, D .L. Towards a philosophy of public health. *J. Epidemiol. Community Health* 1999; 53, 99-104.
15. Hanlon J.J. A bookshelf on History and philosophy of public health. *A.J.P.H.* 1960; 3,(4), 445
16. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Paraguay). Políticas Públicas para la calidad de vida y salud en equidad. Asunción: El Ministerio, 2009.
17. Gough I: Economics institutions and satisfaction on human need. *Journal of Economist* 1994; 28 (1)
18. Wood G and Gough, I: Welfare regimes: linking social policy to social development. Conference [sn]
19. Alkire S. Dimensions of human development. *World development* 2002; 30(2) 181-205
20. Gough I. El enfoque de capacidades de M. Nussbaum: Un análisis comparado con la teoría

de las necesidades humanas: Papeles de relaciones ecosociales y cambio global. CIP-Ecosocial/Icaria 2007

21. Aspecto no mencionado en publicación o discurso alguno en los últimos dos años y medio de periodo gubernativo.
22. Heller A. Una revisión de las teorías de las necesidades. Barcelona: Paidós, 1996.
23. Nota al pie en el texto, en "Una revisión de la teoría de las necesidades, A.Heller": *Para una utilización reciente, sugerente y aplicada, de una teoría de las necesidades humanas (precedida de un repaso de las principales teorías de las necesidades humanas) en el ámbito del bienestar social y las políticas públicas véase Len Doyal y Ian Gough, Teoría de las necesidades humanas, Icaria, Barcelona, 1994.*
24. La autonomía de agencia o libertad de agencia es tratada con extensión por Amartya Sen y consiste en la libertad positiva de emprender proyectos de vida en las formas preferidas de existencia.
25. La autonomía puede ser considerada como privada y pública, y la autonomía crítica es abordada por la Teoría del Empoderamiento de Nina Wallerstein y la Educación crítica o liberadora de Paulo Freire y la aplicación práctica se ha llevado a cabo con las distintas experiencias de educación popular.
26. Con referencia a los conceptos de libertad negativa y positiva de I. Berlin, sobre el que también discurre A. Sen en su economía del bienestar como tipos de libertades aplicables a la agencia y libertades para el logro de capacidades.
27. Pedersen J. Habermas and the political sciences. *Philosophia of the social science* 2009; 39(3) 381-407
28. Young, I.M. Representación política, identidad y minorías. Traducción de original del (Capítulo 4) *Inclusion and democracy*, 2000.
29. Gough I. El enfoque de capacidades de M. Nussbaum: Un análisis comparado con la teoría de las necesidades humanas: Papeles de relaciones ecosociales y cambio global. CIP-Ecosocial/Icaria 2007
30. Ruger, J P. Health capability and Justice: Toward a new paradigm of health ethic, policy and law. *Cornell Journal of Law and Health Policy*. 2006: 15(2),
31. Ruger J P. Health and social justice. New York. Oxford University Press 2010: [sn]
32. Ruger J P. health capability. Conceptualization and operationalization. *Am. J. Public Health* 2010: 100(1), 41-48.

---

Correspondencia: Felipe Recalde  
Dirección: Avda. Santísima Trinidad y Pasaje Francia, Asunción, Paraguay  
Teléfonos: (595-21) 296-210 / 294-482  
Correo Electrónico: feliperecalde@yahoo.com