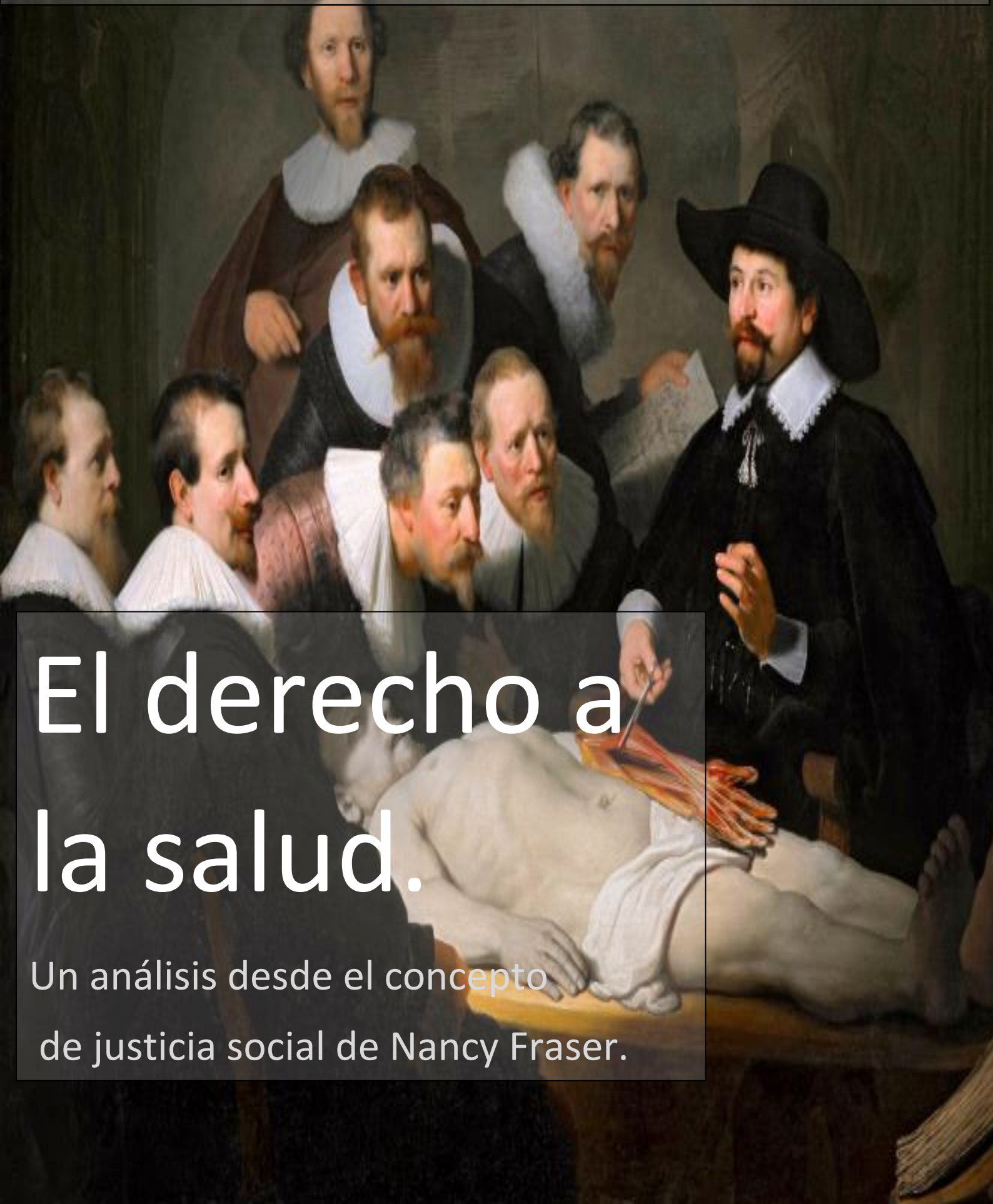


Javier Padilla Bernáldez

Tutor: Borja Muntadas.

Junio 2022



El derecho a la salud.

Un análisis desde el concepto de justicia social de Nancy Fraser.

Índice

Resumen.....	1
Palabras clave.	1
Introducción.	2
Definiendo una salud a la que tener derecho.....	5
Fundamento filosófico del derecho a la salud.	9
El derecho a la salud en Nancy Fraser.	13
¿Qué incluye el derecho a la salud?.....	17
¿A quién incluye el derecho a la salud?	20
Algunas notas sobre el <i>cómo</i>	24
Aportaciones al futuro del derecho a la salud a partir de la visión de justicia social de Nancy Fraser.	27
Conclusiones.	28
Bibliografía.	30

Resumen.

1 El derecho a la salud es un concepto emergente que ha recibido mucha atención en las últimas décadas por la concatenación de diferentes fenómenos de impacto sobre la salud individual y colectiva (globalización, crisis económica, pandemia de COVID-19). Si bien la mayoría de las justificaciones teóricas del derecho a la salud se habían realizado a partir de la ética y el individuo, en este trabajo se trata de abordar este derecho desde la justicia social y de una manera compleja, mediante la unión de un derecho individual vinculado al derecho a la asistencia sanitaria, y un derecho colectivo relacionado con el derecho a la salud pública. Para ello, se analiza la teorización de Nancy Fraser del concepto de justicia social, a partir de las diferentes dimensiones de la injusticia que Fraser describe (económica o derivada de una mala distribución, cultural o debida a falta de reconocimiento y política o creada por una representación fallida o ausente), así como las interacciones entre ellas. Desde esta perspectiva, el derecho a la salud debería incluir aquellas condiciones que capacitaran al individuo y las comunidades a desarrollar su salud, libres de la opresión, y no solo los servicios y prestaciones relacionadas con los aspectos más cercanos al sistema sanitario. Además, en el análisis del *quién* en el derecho a la salud, se plantean diferentes cuestiones como la necesidad de utilizar criterios de demarcación que no sean simplemente el geográfico, así como la necesidad de ampliar, delimitar y reenmarcar la consideración en términos de justicia en salud del rol otorgado a la naturaleza y a los animales no humanos. Por último, se incide en el establecimiento de mecanismos de participación en salud que faciliten la resolución de injusticias políticas, especialmente relevantes en contextos sociales y políticos de cuestionamiento de derechos individuales y de problemas globales de gobernanza en los aspectos colectivos del derecho a la salud.

Palabras clave.

Equidad, salud, justicia, Nancy Fraser, derecho a la salud

Introducción.

A pesar de haber sido un aspecto olvidado en gran parte de la tradición filosófica moderna, la salud y las obligaciones de las sociedades de velar por ella han sido y son un elemento crecientemente importante en la conformación de las sociedades actuales y en la producción filosófica contemporánea.

2 Si observamos las corrientes filosóficas predominantes en diferentes épocas, podemos señalar cómo tanto el utilitarismo como el comunitarismo no han dejado lugar a un correcto desarrollo de la salud como un derecho desde ninguna perspectiva, ya sea por la falta de límites morales al incremento de las utilidades agregadas, en el caso del utilitarismo, o por el hecho de que cada comunidad pueda determinar un esquema determinado de normas y valores que puedan no tener en cuenta la salud, en el caso del comunitarismo. Otras corrientes como el libertarismo rechazan de forma expresa la existencia del derecho a la salud.¹

Por el lado del liberalismo igualitario, la ausencia de aspectos relacionados con la salud dentro de los bienes primarios de Rawls -inicialmente, aunque con modificaciones en ese posicionamiento a lo largo de su obra- obligó a que algunos de sus discípulos hicieran adaptaciones en las que la salud desempeñara un papel más importante; de este modo, autores como Daniels (especialmente con el desarrollo del concepto “accountability for reasonableness”)² introdujeron la salud como un elemento fundamental para la justicia desde una perspectiva liberal igualitaria. La visión rawlsiana de la salud como elemento de justicia ha tenido un fuerte impacto en la introducción de elementos relacionados con la transparencia y la rendición de cuentas, así como, fundamentalmente, con el papel del sistema sanitario como promotor de la igualdad de oportunidades.³

Las aportaciones más recientes de Sridhar Venkatapuram, dentro del marco del abordaje de las capacidades desarrollado por Sen y Nussbaum han posibilitado un mayor desarrollo filosófico del derecho a la salud desde una perspectiva de Derechos Humanos, así como la introducción de una visión de dicho derecho más centrada en el modelo de determinantes sociales de salud, enfatizando la condición estructural de

El derecho a la salud: un análisis desde el concepto de justicia social de Nancy Fraser.

los condicionantes de las prácticas relacionadas con la salud y colocando la justicia social como un elemento ligado a la adquisición de unos niveles básicos de salud distribuidos para el conjunto de la población.⁴

Como se desarrollará más adelante, en la definición del derecho a la salud es fundamental la definición de su contenido (¿qué incluye el derecho a la salud?), de quiénes están representados bajo ese derecho y de qué manera se ha de materializar.

3

En lo que respecta al contenido del derecho a la salud, la mayoría de los autores señalan al acceso a la asistencia sanitaria como un elemento indispensable dentro del derecho a la salud, llegándose a considerar como un Derecho Humano⁵; otros autores han tratado de introducir los determinantes sociales de salud dentro del derecho a la salud, bajo la idea de que no se ha de considerar solo la asistencia sanitaria como el contenido de este derecho, sino también un nivel aceptable de las condiciones necesarias de los diferentes determinantes sociales que influyen en los resultados finales en salud.⁶ Por último, también hay autores que consideran que el mero concepto de “derecho a la salud” es erróneo e incluso contraproducente y que debería cambiarse por otro como “derecho al acceso equitativo a los recursos disponibles para la salud”⁷.

Los aspectos relacionados con quiénes han de ser titulares del derecho a la salud y de qué manera materializarlo han sido mucho menos explorados. Desde la perspectiva de las capacidades, Prah Ruger señala que “dos preguntas son importantes: (1) cómo obtener un acuerdo colectivo sobre un ordenamiento parcial de dominancia de las capacidades; y (2) qué tipo de toma de decisiones sociales podría aplicarse en tal ejercicio.”⁸ Esas preguntas señalan los vacíos existentes en relación a las preguntas del *quién* y el *cómo*, que así mismo señalan dos de las dimensiones de la justicia dentro de la conceptualización que hace Nancy Fraser, el *reconocimiento* y la *representación*.

La mayoría de las propuestas en torno al derecho a la salud que han sido más mayoritarias se han fundamentado desde la ética (o, incluso, desde la bioética); se echan en falta desarrollos de este concepto que se fundamenten en la justicia social como principio rector fundamental. El concepto de justicia social en la filosofía de

El derecho a la salud: un análisis desde el concepto de justicia social de Nancy Fraser.

4

Nancy Fraser parte del análisis de la injusticia social, compuesta principalmente por dos elementos fundamentales: la mala distribución y el no reconocimiento.⁹ El abordaje del dilema redistribución-reconocimiento es fundamental en la perspectiva de Fraser, quien plantea una situación bidimensional en la cual para la consecución de sociedades justas ha de combatirse tanto la injusticia económica (mediante la redistribución) como la cultural (por medio del reconocimiento), añadiéndose con posterioridad un tercer elemento de justicia política relacionado con la representación.¹⁰ Fraser afirma que la dificultad en la eliminación de la injusticia surge cuando las medidas encaminadas a solventar las injusticias económicas tienden a “abolir la especificidad de grupo” mientras que las medidas contra la injusticia cultural lo que hacen es acentuar dicha especificidad, generando lo que se conoce como el *dilema redistribución-reconocimiento*, cuya resolución es fundamental para avanzar hacia sociedades justas.

Para Fraser, “la injusticia es claramente un asunto de victimización objetiva, una relación estructural en la que unos explotan a otros, negándoles el estatus moral como sujetos de justicia”; en esta frase se resume la doble vertiente redistribuidora y de reconocimiento. Fraser no hace referencia en su obra a la salud como elemento central de la justicia social, sin embargo los elementos que incluye dentro de su conceptualización de la justicia social sí pueden desempeñar un papel en la construcción del derecho a la salud desde una perspectiva que permita no solo dar respuesta al contenido de dicho derecho sino también incorporar elementos no introducidos hasta ahora por ninguna corriente filosófica tales como el rol de sujeto político de la naturaleza o el rol de las figuras como el cuidador universal en la materialización de ciertos aspectos del derecho a la salud.¹¹

Partiendo de lo expuesto, resulta interesante partir de los fundamentos filosóficos existentes del derecho a la salud, especialmente desarrollados en la actualidad en base al abordaje de las capacidades, avanzando hacia las dimensiones de la redistribución, el reconocimiento y la representación como elementos nucleares en la construcción de una definición del derecho a la salud que parta de la visión de justicia social de Nancy Fraser.

El derecho a la salud: un análisis desde el concepto de justicia social de Nancy Fraser.

La elección de Nancy Fraser para la realización de esta profundización y ampliación del concepto de derecho a la salud se debe a la necesidad de investigar la posibilidad de desarrollo de este concepto dentro de marcos filosóficos de corte más colectivista y con perspectiva feminista, elementos poco presentes en la literatura sobre el derecho a la salud.

5

Por lo tanto, se debe señalar que el objetivo principal de este trabajo es desarrollar el concepto de justicia social, según lo presenta Nancy Fraser, en su aplicación al derecho a la salud. Además, el trabajo se plantea como objetivo secundario analizar qué elementos de la obra de Nancy Fraser pueden resultar relevantes para hacer frente a los retos de presente y futuro en el ámbito de la salud tales como la desigualdad o la salud medioambiental.

Definiendo una salud a la que tener derecho.

Una parte importante de las controversias existentes en torno al derecho a la salud radica en la falta de una definición común de qué es la salud, qué no es la salud y qué aspectos de esta pueden quedar incluidos dentro de ese derecho. Por ello, toda consideración de la salud como derecho ha de descansar sobre un acuerdo más o menos claro en torno a la definición del concepto de salud, de modo que para saber qué incluye el derecho a la salud lo primero es saber qué es la salud.

La definición más popularmente conocida de salud es la de la Organización Mundial de la Salud, adoptada en 1948 y que definía la salud como el “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no la mera ausencia de enfermedad”.¹²

Esta definición se elaboró en un contexto muy concreto, posterior a la II Guerra Mundial, donde lo que se intentaba era promover la mayor ganancia de salud posible en todos los ámbitos, con una perspectiva claramente utilitarista, dentro de un marco sociopolítico de desarrollo e impulso de lo que ahora son los sistemas públicos de salud de diferentes países de Occidente.

Esta definición introdujo la integración de aspectos psicológicos y sociales a una tradición de definiciones muy ligadas al ámbito biomédico, con cierto reduccionismo

El derecho a la salud: un análisis desde el concepto de justicia social de Nancy Fraser.

físico. Sin embargo, se trata de una definición con grandes limitaciones tanto por lo inalcanzable de su formulación, que puede guiar a acciones de tinte medicalizador, como por no dar respuesta al auge de las enfermedades crónicas, siendo solo útil para un contexto epidemiológico de preeminencia de condiciones agudas.^{13,14}

La definición de la OMS es, no obstante, el resultado de un largo camino representado por diferentes definiciones del concepto *salud* a lo largo de la Historia.

6 En la antigua Grecia existían dos escuelas de medicina: la de Cos y la de Cnido.¹⁵ Hipócrates, creador y máximo representante de la escuela de Cos, decía que "no existen enfermedades sino enfermos"; el interés de los hipocráticos fue más allá de lo puramente físico, para reconocer en el hombre aquello que lo hacía único e irrepetible. Para ellos, las enfermedades en sí no importaban, sino que eran las personas enfermas el centro de su estudio y actividad, poniendo el énfasis en la biografía de cada paciente y en la influencia de la esfera afectiva y social sobre el estado de salud-enfermedad. La escuela de Cnido se centraba más en la enfermedad como entidad independiente, concepción que se continuó en el tiempo con Galeno. No prestaba atención al estado general de los pacientes, sino que la patología prevalecía sobre la persona enferma como motivo de estudio e interés.

Si bien a lo largo de la historia podemos encontrar muchas otras escuelas que han aportado elementos sustanciales a la conceptualización de la salud, la existencia de un cierto antagonismo o complementariedad entre escuelas coetáneas ha sido una constante.

En 1986, en la Declaración de Ottawa sobre Promoción de la Salud, se definió la salud como "un recurso para la vida cotidiana, no el objetivo de vivir. La salud es un concepto positivo que hace hincapié en los recursos sociales y personales, así como capacidades físicas". En el año 2001, la Organización Mundial de la Salud estableció diferencias entre salud, funcionalidad y discapacidad, de modo que, en base a ello, Sartorius planteó una definición en el año 2006 una definición según la cual "La salud es un estado de equilibrio en el que las personas con enfermedades o deficiencias se consideran sanas por su capacidad para establecer un estado de equilibrio interno que les permite aprovechar al máximo su vida a pesar de la presencia de enfermedades o dolencias."¹⁶ Esta definición tiene tres aportaciones clave: I) No es

El derecho a la salud: un análisis desde el concepto de justicia social de Nancy Fraser.

una definición aspiracional, como la definición inicial de la Organización Mundial de la Salud, cuya consecución no se logra más que en una condición inalcanzable, sino que es más realizable, II) introduce las enfermedades crónicas o la discapacidad como elementos consustanciales con la vida en la actualidad, pudiendo desarrollarse una vida sana a pesar de la existencia de procesos mórbidos o de discapacidad y III) reconoce la capacidad de los individuos de incorporar las enfermedades crónicas u otras dolencias a su vida para el desarrollo de sus diferentes capacidades.

7

Unos años después, se publicó en la revista *Health Affairs*¹⁷ un texto que tuvo bastante repercusión y que planteaba una definición algo difusa pero que ponía gran énfasis en la capacidad de las personas para participar en la generación de salud. Definía la salud como “crear capacidades para alcanzar metas, satisfacer necesidades, fortalecer reservas”. Esta definición se alinea con el planteamiento de Sen y Nussbaum en el abordaje de las capacidades.

El abordaje de las capacidades es un marco elaborado por Amartya Sen y Martha Nussbaum principalmente, que considera las diferentes áreas de la vida humana y las articula en torno a responder a la pregunta de “¿Qué se necesita para que una vida esté a la altura de la dignidad humana?”; según el abordaje de las capacidades, lo preciso para esa dignidad humana es superar un nivel umbral más que suficiente de diez capacidades básicas.¹⁸

Esas diez capacidades básicas serían: la duración de la vida (poder vivir una vida de una duración normal, sin una muerte prematura o un deterioro precoz de la calidad de vida), la salud física, la integridad física, el desarrollo de los sentidos, la imaginación y el pensamiento, el correcto desarrollo de las emociones (desarrollar la capacidad para el apego, el amor o el control de las emociones negativas), ciertos niveles de razón práctica (concepción del bien, reflexión crítica,...), la interacción social, la relación respetuosa con otras especies, el disfrute de actividades recreativas y el control sobre el propio entorno.¹⁹

Estas capacidades serían las que posibilitarían la vida digna, siendo la salud un elemento dentro de ella. Uno de los autores que ha aterrizado este abordaje en el ámbito de la salud es Sridhar Venkatapuram; en uno de sus textos, Venkatapuram²⁰ realiza el siguiente planteamiento:

"Desde la perspectiva de las capacidades, los individuos se convierten en moralmente responsables de sus elecciones según sean sus capacidades, no de forma independiente a estas. Las elecciones que uno hace dependen de las opciones que uno tiene. Y, la conexión entre las elecciones personales y los resultados obtenidos sólo se pueden establecer después de tener en consideración el papel causal de los condicionantes biológicos, las condiciones físicas y las sociales. Sin eso, podríamos estar haciendo plenamente responsable a la gente de decisiones de las cuales son, solamente, responsables de forma parcial."

Venkatapuram viene a señalar que, si queremos realizar atribuciones de responsabilidad a los individuos sobre su salud, es necesario previamente analizar si dichos individuos tienen agencia, capacidad para responsabilizarse sobre el resultado en salud concreto del que hablemos, o si existen condicionantes de otro tipo que puedan haber tenido alguna responsabilidad sobre el resultado en cuestión.

A estas definiciones les falta un elemento que Krahn et al²¹ incorporaron en un texto publicado en 2021, donde proponían la siguiente definición: "la salud es el equilibrio dinámico del bienestar físico, mental, social y existencial en la adaptación a las condiciones de vida y del medio ambiente". Las aportaciones principales de esta definición se encuentran en la consideración dinámica de la salud, no siendo una condición inerte sino un estado que puede ser sometido a un continuo cambio, y el señalamiento explícito del medio ambiente como un aspecto fundamental en el mantenimiento de la salud de los individuos. Este último aspecto es clave y diferencial, y conecta con la tradición de la epidemiología crítica latinoamericana de autores como Jaime Breilh²².

Queda claro que no existe una definición única de *salud*, de modo que existe el reto de construir una definición que trate de enunciarse desde todos los lados; a pesar de la ausencia de esta definición universal, sí podemos afirmar que existe cierto consenso en que para desarrollar el derecho a la salud es preciso de una definición operativa que descansa en tenga en cuenta los siguientes tres elementos:

- Tener en cuenta que la salud es un fenómeno dinámico y multidimensional que comprende aspectos físicos, psíquicos y sociales; esto es, reconocer que el

ser humano es un organismo biológico que vive en un medio social. Esto supone integrar la agencia individual y la estructura social²³ en una definición que sea operativa.

- Reconocer que un elemento importante de la definición de la salud en el siglo XXI es la capacidad de los individuos y las comunidades para adaptarse a los cambios que se producen tanto en su situación concreta (aparición de enfermedades crónicas, por ejemplo) o en el entorno que habitan, así como su capacidad para desenvolverse en libertad.
- Tratar de conciliar la necesaria responsabilidad del individuo en el desarrollo y mantenimiento de la propia salud, con su capacidad para asumir dicha responsabilidad y el rol de las instituciones para velar tanto por esta capacidad como por los resultados finales en salud alcanzados.

Sin embargo, todas estas definiciones que históricamente han gozado de algún tipo de influencia académica, social o política adolecen de partir de un excesivo peso de la agencia individual y una negación de un significativo *salud* cuyo componente colectivo sea algo más que la simple suma agregada de individualidades. En este trabajo, se plantea que el *derecho a la salud* en nuestro tiempo ha de descansar sobre una visión dual del mismo, una parte individual y una parte colectiva; por ello, las definiciones de salud basadas en la agencia individual para el desarrollo de las capacidades solo podrán servir como base para la fundamentación del derecho a la salud visto como *el derecho a la asistencia sanitaria* de clave individual, pero es la visión de la determinación social de la salud²⁴ y, en cierto modo, los modelos de los determinantes sociales y comerciales de la salud los que han de aportar los elementos sustanciales para fundamentar los aspectos colectivos del derecho a la salud o, como se denominará más adelante, el *derecho a la salud pública*.

Fundamento filosófico del derecho a la salud.

En la introducción de este trabajo se ha hecho referencia a cómo algunas corrientes filosóficas han abordado -por acción o por omisión- el derecho a la salud o qué tipo de encaje tendría éste de acuerdo con el resto de su cuerpo teórico.

La consideración de la salud como un derecho ha generado siempre una intensa controversia, tanto por el significado del propio concepto como por su fundamentación. La salud aparece recogida en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, haciendo referencia a las condiciones de vida para su disfrute (“1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”), y esto se concreta aún más en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“1. Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.”).

Sin embargo, el reflejo de la salud en estos dos documentos no dice nada sobre la fundamentación filosófica del derecho a la salud.

En el ámbito de la filosofía, la mayoría de los abordajes del *derecho a la salud* se han derivado de análisis bioéticos, que otorgaban el derecho como un asunto individual cuyos matices colectivos eran meramente el resultado de agregar múltiples individualidades. Además, es necesario señalar que para la mayoría de abordajes del derecho a la salud, la justificación en el ámbito más colectivo se basa en una visión negativa de la salud, centrada en evitar el contagio a otros miembros de la sociedad en el caso de existir enfermedades infectocontagiosas. El Relator Especial para el Derecho a la Salud lo define como “un derecho inclusivo, extensivo no solo a la atención sanitaria apropiada y en el momento correcto, sino también a los determinantes de salud subyacentes”,²⁵ limitando el abordaje colectivo de este derecho al acceso individual a los determinantes sociales, no a la existencia de algo similar a un derecho colectivo a la salud.

A este respecto, los valores sobre los cuales ha descansado tradicionalmente el reconocimiento del derecho a la salud son cuatro: la promoción de la igualdad de

El derecho a la salud: un análisis desde el concepto de justicia social de Nancy Fraser.

oportunidades, la protección de la libertad económica del individuo, la preservación de la seguridad individual y la aportación de dignidad a la vida humana.

En relación con lo primero, en uno de los artículos de Norman Daniels citados con anterioridad se afirma lo siguiente:³

11

“La importancia moral central, en términos de justicia, de prevenir y tratar la enfermedad y la discapacidad mediante asistencia sanitaria efectiva (concebida de forma amplia, de modo que incluya la salud pública, medidas medioambientales, así como servicios médicos individuales) deriva de la forma en la que proteger el normal funcionamiento del individuo contribuye a proteger la igualdad de oportunidades. Concretamente, manteniendo a la gente cercana a su normal funcionamiento, el sistema sanitario preserva la capacidad de la población para participar en la vida política, social y económica de su sociedad. Les mantiene como ciudadanos plenamente participantes en todas las esferas de la vida social.”

De esta manera, Daniels justifica el derecho a la salud como un derecho vinculado a la asistencia sanitaria, la cual sería promotora de la igualdad de oportunidades y del mantenimiento de la funcionalidad social del individuo. Desde esta perspectiva, el derecho a la salud sería una condición previa a la igualdad de oportunidades, siendo garante de esta. Esta idea se reflejaba recientemente en el título de un documento de expertos publicado por la Fundación Gaspar Casal titulado “Por una salud no determinada. Una hoja de ruta hacia la equidad en salud”²⁶, que parece enunciar el ideal liberal de desconexión del individuo de sus determinantes sociales, llegando a una situación en la que la igualdad de oportunidades pueda darse, siendo esa situación el objetivo de las políticas públicas en salud.

En relación con la protección financiera del individuo, garantizar el derecho a la salud desde la perspectiva de la asistencia sanitaria se ha visto como un elemento indispensable para proteger a los individuos frente a posibles gastos catastróficos que pudieran poner límite a su libertad económica, por tener que ahorrar de forma preventiva o que incurrir en gastos inasumibles. Esta justificación es más frecuente en países con débiles sistemas de protección social, donde la mutualización de costes

El derecho a la salud: un análisis desde el concepto de justicia social de Nancy Fraser.

es algo que ha de ser explícitamente defendido por no existir estados fuertes que lleven a cabo esa función. No en vano, en Estados Unidos de América la bancarrota por gastos derivados de la asistencia sanitaria es la causa de bancarrota individual más frecuente desde hace décadas.²⁷

La tercera de las justificaciones clásicas del derecho a la salud recae en la protección de los *insiders* frente a los *outsiders*, es decir, la necesidad de proteger a la población de una comunidad frente a las enfermedades o problemas de salud que pudieran ser introducidas o causadas por un tercero ajeno a la comunidad.

12

Por último, en relación con la dignidad como valor que subyace al derecho a la salud, es una posición muy presente en el abordaje de las capacidades, como se ha señalado anteriormente, y se ha utilizado en ocasiones para tratar de fundamentar el derecho a la salud como un derecho humano, en base a la defensa de la dignidad de las personas.²⁸

Todas estas justificaciones comparten una visión individual, centrada en una concepción del derecho a la salud como elemento de búsqueda de curación (no de prevención ni de promoción), que no incorpora elementos externos a los individuos y que se deriva, en la mayoría de los casos, de justificaciones basadas en la bioética.

En este sentido, es preciso señalar que considerar que el derecho a la salud ha de circunscribirse al derecho a disponer de forma adecuada y accesible de asistencia sanitaria supone reducir el problema de las desigualdades en salud a nivel internacional a un aspecto meramente de diferencias en el acceso al sistema sanitario. Sin embargo, el derecho a la asistencia sanitaria también ha de ser una parte del conjunto del *derecho a la salud*, y su incapacidad totalizadora no ha de ser una enmienda completa a su existencia. Por ello, el derecho a la salud se puede pensar como un derecho complejo compuesto por el derecho individual al acceso a la asistencia sanitaria de forma adecuada en tiempo, coste y forma, y por el derecho colectivo a la salud pública, entendido como la garantía de un nivel suficiente bienestar en el marco de los determinantes sociales de la salud. Esta caracterización compleja del derecho a la salud se basaría en la idea de que todo derecho positivo

El derecho a la salud: un análisis desde el concepto de justicia social de Nancy Fraser.

individual ha de incluir a sus determinantes, los cuales pueden ser expresados en forma de un derecho colectivo.²⁹

13

La dimensión colectiva del derecho a la salud es lo que permite que la dimensión individual del mismo sirva para algo. Es de poca utilidad gozar de asistencia sanitaria para un problema de salud si, una vez de vuelta tras la visita o el ingreso médico, eres devuelto al ambiente y las condiciones donde ese problema de salud se generó. El derecho colectivo a la salud supone el derecho a la salud pública en un mundo en el que la globalización de los bienes, mercancías y servicios ha hecho que el impacto de la estructura sobre el individuo en términos de salud sea difícil de controlar solamente con el desarrollo del derecho individual a la salud. Si bien se puede afirmar que el derecho a la asistencia sanitaria es un derecho que posibilita el acceso a otros derechos, al trabajar por la preservación y restitución de la salud, se puede decir que el derecho a la salud pública sentaría las bases para una mejor salud en general, pero también para un acceso al derecho individual a la salud que fuera más equitativo y, además, más efectivo.

Este planteamiento supone justificar el derecho a la salud no solamente en base a la preservación de la dignidad de la persona, como se defiende desde el abordaje de las capacidades u otras visiones de derechos humanos, sino que implica afirmar que lo que se encuentra en el origen del derecho a la salud es la defensa de la justicia social. Plantear el derecho a la salud como un elemento central en la justicia social supone, de facto, enfatizar el carácter supraindividual de este derecho. En el siguiente apartado, se tratará de desarrollar de qué manera es posible situar la justicia social en la base del derecho a la salud, de acuerdo con la teorización que hace Nancy Fraser de este concepto.

El derecho a la salud en Nancy Fraser.

Una de las autoras contemporáneas que más ha estudiado el concepto de *justicia social*, con aportaciones más ricas y originales ha sido Nancy Fraser. Fraser no trata de llegar a una definición de lo que es la justicia social de forma directa, sino que lo

El derecho a la salud: un análisis desde el concepto de justicia social de Nancy Fraser.

hace a partir de la definición por oposición, es decir, mediante la identificación de situaciones de injusticia que ayuden a formular el opuesto en el que se reflejaría la definición de justicia.

Fraser recoge en una sola enunciación del concepto de justicia, las diferentes concepciones que han sido hegemónicas desde mediados del siglo XX; tras la Segunda Guerra Mundial, y con la necesidad de paliar los efectos de la guerra y reconstruir los países más dañados, la dimensión dominante al abordar la justicia fue la económica, prevaleciendo un rol central de la *distribución* como elemento de reparto de justicia. Posteriormente, con el auge de los movimientos sociales, ganaron protagonismo los elementos vinculados a la dimensión social y cultural de la justicia, ganando peso el *reconocimiento* como aspecto central en la construcción de sociedades justas. Por último, dentro de los procesos de globalización económica, cultural y política desarrollados principalmente a partir de la década de los 80-90, la dimensión política de la justicia tomó un mayor protagonismo, siendo la *representación* el elemento central para la acción sobre esta dimensión.

14

En resumen, Fraser afirma que existen tres tipos de injusticias: I) injusticias económicas, derivadas de situaciones injustas de distribución de recursos, II) injusticias culturales, relacionadas con una injusta representación, y III) injusticias políticas, vinculadas a una insuficiente, ausente o errónea representación política. Estas tres dimensiones tienen valor en el ámbito analítico, no como categorías clasificadoras con capacidad para diferenciar de forma quirúrgica tipos de injusticias en la vida cotidiana. Habitualmente, las injusticias se producen con elementos entremezclados de las distintas dimensiones.

Las injusticias económicas son las derivadas de las dinámicas explotación, y tienen en la desigualdad económica y la privación material su reflejo más claro. En el caso de la injusticia cultural, la dominación cultural, definida como estar sujeto a modelos de interpretación y comunicación asociados con una cultura ajena u hostiles a la propia, así como la falta de reconocimiento y de respeto, son los elementos definitorios de esta dimensión.³⁰

El derecho a la salud: un análisis desde el concepto de justicia social de Nancy Fraser.

Como se ha comentado con anterioridad, para Fraser la justicia podría definirse como las condiciones sociales e institucionales necesarias para alcanzar una situación de no opresión y no dominación. En base a eso, la injusticia en salud sería la situación de inequidad en salud derivada de una mala distribución económica, una falta de reconocimiento cultural y una desfiguración de la representación política. De este modo, la justicia en salud no sería que todo el mundo tuviera buena salud¹, sino que el nivel de salud no estuviera estratificado por condicionantes sociales, culturales o políticos, es decir, que la etnia, religión, sexo, edad, clase social, status socioeconómico u otras circunstancias determinadas socialmente no sean estratificadores de la situación de salud de los individuos.

La mala distribución, generadora de la injusticia económica, se observa en el ámbito de la salud al limitar la capacidad de los individuos y las sociedades para construir condiciones de vida que les permitan acceder a la práctica de unos hábitos de vida que mejoren la salud, a los servicios de salud que precisen o, incluso, por la incapacidad para regular la actividad industrial de forma que esta impacte de manera menos nociva sobre los ecosistemas que habitan las comunidades.

La falta de reconocimiento, definida como “estar expuesto/a a la invisibilidad en virtud de las prácticas de representación, comunicación e interpretación legitimadas por la propia cultura”³¹, se manifiesta de forma frecuente en el ámbito de la salud, tanto desde el propio proceso de la definición de las categorías diagnósticas (medicina androcéntrica), como en los procesos de experimentación de medicamentos (sesgo de género en investigación), la práctica clínica (presunción de heterosexualidad en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, falta de conocimiento sobre manifestación de dermatosis en personas de color) o las políticas de salud pública (donde la interseccionalidad cobra una mayor relevancia, si cabe).

La desfiguración de la representación política es la tercera dimensión de la injusticia, quedando representada en el ámbito de la salud en lo que concierne al ámbito de la

¹ Algunas corrientes más clásicas han pretendido negar la existencia del *derecho a la salud* afirmando que no puede existir un derecho que garantice estar sano. Sin embargo, esta perspectiva enfatiza que el *derecho a la salud* en realidad se refiere a las condiciones en las que la salud se desarrolla, y no al estado final de salud.

El derecho a la salud: un análisis desde el concepto de justicia social de Nancy Fraser.

gobernanza en salud -aspecto clave en el ámbito de la salud pública, como se ha observado en la pandemia de COVID-19- o, más en el ámbito clínico, en la falta de representación en los procesos de toma de decisiones.

A partir de este marco general de qué querría decir *justicia en salud* en el pensamiento de Nancy Fraser desde una perspectiva de justicia social, cabe preguntarse de qué manera dotar de contenido el *derecho a la salud* a partir de las preguntas clásicas de las teorías de la justicia: ¿qué? ¿a quién? ¿cómo? Si bien esta última cuestión solo suele abordarse en el seno de teorías de la justicia completas (el abordaje de la justicia social de Fraser no lo es), sí que es necesario tratar de responder a las dos primeras, es decir, ¿qué incluye el *derecho a la salud*? y ¿a quién incluye esta visión del *derecho a la salud*? Si bien estas son las preguntas clásicas de las teorías de la justicia, puede trazarse una analogía con las dimensiones de la justicia señaladas por Fraser. La dimensión económica o distributiva se relacionaría con la pregunta del *qué*², la dimensión cultural o del reconocimiento estaría más vinculada al *a quiénes/entre quiénes*. Sin ser una superposición perfecta, esta analogía sí muestra cómo es poco útil, si no imposible, pensar en la justicia solamente en base a una de las dimensiones expuestas, puesto que es la suma de las tres la que permite abordar no solo el objeto del reparto, sino también las identidades en acción y los mecanismos de gobernanza y toma de decisiones, no solo en el funcionamiento de la sociedad, sino también en el establecimiento de las reglas del juego de reparto en una sociedad justa.

Para introducir las preguntas del *qué* y el *quién* en la justicia, es útil observar la referencia que hace Nancy Fraser en el libro *Escalas de justicia*³², donde plantea que existen dos imágenes que sirven para representar los grandes retos a los que se enfrenta la justicia en nuestro tiempo; esas imágenes son dos de los significados de la palabra “escala”³. Por un lado, la justicia vista como una balanza que ha de tratar de lograr la imparcialidad entre diferentes dimensiones que en muchas ocasiones

² Es preciso señalar, como hace Fraser en *Escalas de justicia*, que el *qué* e la justicia en realidad englobaría los tres aspectos -redistribución, reconocimiento y representación-. A pesar de ello, y teniendo en cuenta esta anotación, la relación de las dimensiones de la justicia con cada una de las preguntas clásicas de las teorías de la justicia presenta cierta utilidad.

³ Aunque en castellano el término “escala” también significa tanto balanza como nivel de proporcionalidad en la representación de un mapa, el juego de palabras es más evidente en la traducción al inglés.

El derecho a la salud: un análisis desde el concepto de justicia social de Nancy Fraser.

pueden entrar en conflicto planteando intereses opuestos; la balanza haría referencia al *qué* de la justicia. Por otro lado, la otra *escala* a la que se refiere Fraser es la de los mapas; cuál es el marco en el que hay que interpretar la justicia es una cuestión que hace décadas era vista como algo menos conflictivo y que ahora se ha posicionado como un debate insoslayable; la idea del estado-nación como unidad institucional de utilidad para enmarcar la justicia ya no parece válida dentro de un contexto de globalización, de modo que es necesario utilizar otra escala para pensar el quién o quiénes se van a ver afectados, implicados e interpelados por las dimensiones de la justicia comentadas en los apartados previos.

17

¿Qué incluye el derecho a la salud?

Uno de los problemas que encuentra la filosofía al abordar el derecho a la salud es la dificultad de concretar de qué está hablando. En palabras de Larry Gostin, “un derecho a la salud que se define de manera demasiado laxa adolece de una falta de contenido claro y es menos probable que tenga una aplicación significativa”³³

Como se ha señalado anteriormente, el derecho a la salud, según se concibe en este trabajo, consta de dos partes, una individual, consistente en el derecho a acceder a la asistencia sanitaria, y otra colectiva, consistente en lo que podría denominarse el *derecho a la salud pública*.

De acuerdo con lo que hemos señalado anteriormente, el *derecho a la salud* debería incluir aquellas condiciones que capacitaran al individuo y las comunidades a desarrollar su salud, libres de la opresión. Esto supone actuar no solo en el ámbito de la redistribución de bienes, servicios y condiciones de vida, sino también en el del reconocimiento de situaciones de opresión cultural, falta de reconocimiento y de respeto.

Además, desde una perspectiva de justicia social, el derecho a la salud ha de aspirar a promover una ganancia de agencia en el ámbito de la salud para poder transformar los determinantes de la salud en una mejora de la misma y no en un déficit. Esta agencia será clave tanto para los aspectos individuales como para los colectivos de

El derecho a la salud: un análisis desde el concepto de justicia social de Nancy Fraser.

la salud³⁴. Por ejemplo, una persona que vea limitada su agencia por motivos de discapacidad no solo verá vulnerado el *derecho a la salud* en términos de una mayor dificultad en el acceso al sistema sanitario, esto es, la parte individual de dicho derecho, sino que es probable que también las personas en situación de discapacidad vean alterada su capacidad de beneficiarse del derecho a la salud como asunto colectivo.

18

Al valorar qué aspectos incluir en el derecho a la salud, es importante reconocer la influencia de los diferentes determinantes en el ámbito de la salud, conquistar unos niveles aceptables en los diferentes determinantes sociales, comerciales y políticos, y poder, en cierto modo, gobernar la situación asignada en los diferentes ejes trazados por esos determinantes. Estos determinantes estarán presentes tanto en el derecho a la asistencia sanitaria como en el derecho a la salud pública, puesto que son los ámbitos y dimensiones que condicionan los resultados en salud. Estos determinantes se pueden identificar en tres ámbitos que han de ser tenidos en cuenta en la consideración o delimitación del contenido del *derecho a la salud*: I) los determinantes sociales de la salud, II) los determinantes comerciales de la salud y III) los determinantes políticos de la salud. En cierto modo, estos tres ámbitos pueden ser superponibles a las capacidades señaladas por Martha Nussbaum y que fueron listadas en este texto con anterioridad.

Es importante señalar que interpretar los determinantes sociales de la salud desde una perspectiva de déficit exclusivamente, esto es, estableciendo relaciones de identidad o equivalencia inalterables entre una mala posición en ciertos determinantes sociales y la aparición de enfermedades, podría ser considerado como una interpretación generadora de injusticia cultural.

La incorporación del reconocimiento a la visión de la justicia supone asumir la centralidad de la interseccionalidad; al aplicar esto al ámbito de la salud, es necesario comprender que existen elementos de pertenencia o identificación social y cultural que pueden ser determinantes a la hora de modular la relación entre un determinante de salud y la situación de salud resultante. Un buen ejemplo de esto lo explica el sociólogo Eric Klinenberg en *Palacios del Pueblo*³⁵, al analizar la distribución de la mortalidad por una ola de calor en Chicago, en 1995; Klinenberg observó que existían

barrios cuyos determinantes socioeconómicos hacían previsible un incremento notable de la mortalidad derivada de la ola de calor pero, sin embargo, esa mayor mortalidad no se produjo en todos ellos. ¿A qué se debía? ¿qué hacía que la gente que vivía en esos barrios, a pesar de tener todos los determinantes que permitían vaticinar un incremento de la mortalidad, no presentaran ese aumento? La característica diferencial de dichos barrios fue la existencia de dinámicas culturales y sociales que favorecían la vida en común y los contactos sociales, facilitando el cuidado y la detección de necesidades.

Aplicado al contenido del derecho a la salud, el ejemplo de Klinenberg enfatiza la necesidad de entender que los determinantes sociales se articulan con elementos culturales y políticos, de modo que no basta con *ascender* en la escala de los diferentes determinantes sino que es preciso hacerlo promocionando formas de acción política (entendida como participación de lo común, no limitada al ámbito de lo institucional) que permitan que esa mejor distribución de la educación, la renta o, en general, el poder, beneficie no solo a individuos concretos sino al conjunto de la comunidad en la que viven. Para Klinenberg, esas formas de organización política precisan de una serie de equipamientos que él denomina *infraestructuras sociales* y que serían aquellos lugares que facilitan el encuentro de los miembros de la comunidad.

De acuerdo con todo esto, y partiendo de las dos capas que hemos señalado en el derecho a la salud, podemos afirmar que este comprendería:

- El derecho a la asistencia sanitaria, de modo que la clase social, el sexo, la orientación sexual, la edad o la etnia, no puedan ser elementos que estratifiquen o segmenten el acceso a dicha asistencia o a la calidad de la misma. Dado que el derecho a la asistencia sanitaria está vinculado con la capacidad de las sociedades para prestarlo a la población, se deberá establecer un método de incorporación y priorización de servicios que conjugue los principios de equidad, eficiencia, atención a la mayor necesidad o priorización de los servicios que generen una mayor utilidad social.³⁶
- El derecho a la salud pública, entendido como aquel derecho colectivo a gozar de políticas e intervenciones destinadas a disminuir los riesgos poblacionales

de enfermedad, así como dirigidas a promocionar condiciones de vida que favorezcan el desarrollo de vidas saludables en entornos saludables.³⁷ Mientras que en el derecho a la asistencia sanitaria las intervenciones han de tener en cuenta la dimensión física, psíquica y social de la salud, en el derecho a la salud pública hay que incorporar la necesidad de considerar las condiciones medioambientales como un elemento central de este derecho.

Sobre la base de este contenido dual del derecho a la salud se plantea la necesidad de ver quién está incluido en este derecho.

¿A quién incluye el derecho a la salud?

Cuál es el marco en el que interpretar el derecho a la salud es la otra gran pregunta que se debe responder al hablar de justicia. La escala del estado-nación concebía un espacio interior delimitado por el ámbito de soberanía estatal, y un espacio exterior, que no podía inmiscuirse en los asuntos internos de los estados, y cuya dinámica de interacción entre miembros era diferente. En esa forma de organización política, la justicia solo era enmarcable en dicha concepción y, por lo tanto, lo que debía ser cuestionando al abordar la justicia no era el *quién* sino el *qué*. En la actualidad, el *problema del enmarque*⁴ ya no es incuestionable, sino que se presenta como un elemento central del debate que, a su vez, plantea algunos elementos importantes que tener en cuenta.

Martha Nussbaum explicaba así, en *Las fronteras de la justicia*³⁸, su visión de la demarcación en la justicia:

“Encontramos el problema urgente de extender la justicia a todos los ciudadanos del mundo, de desarrollar un modelo teórico de un mundo justo en su totalidad, donde los accidentes de nacimiento y de origen nacional no viciaran desde el principio y en todos los sentidos las opciones vitales de las personas”

⁴ Haciendo uso del término utilizado por Fraser.

Sin embargo, Fraser hace uso de un concepto que parece más clarificador a la hora de enunciar el problema: el desenmarque. En *Escalas de justicia*, Fraser define el desenmarque como “un tipo de metainjusticia que surge cuando las cuestiones de primer orden de la justicia se enmarcan de manera que se excluye injustamente a algunos de ser tenidos en cuenta, como cuando el marco nacional de las cuestiones distributivas impide que la pobreza global pueda plantear sus reivindicaciones”. Este problema del desenmarque hace necesario utilizar diferentes escalas para abordar el derecho a la salud (y la justicia, en general).

Son cuatro los ámbitos de selección del marco que se van a considerar relevantes en este trabajo en relación con el *quién* del derecho a la salud:

- La demarcación geográfico-política en la materialización del derecho a la asistencia sanitaria de manera accesible, en tiempo, coste y calidad.
- El tipo de seres vivos considerados dentro del derecho a la salud, especialmente en lo relacionado con el derecho colectivo a la salud, esto es, el derecho a la salud pública.
- La necesidad de considerar la exposición a algunos riesgos concretos compartida por algunos países, regiones o comunidades, de modo que puedan considerarse *comunidades de riesgo*.
- Por último, en los aspectos relacionados con el derecho colectivo a la salud hay que tener en cuenta a los seres humanos que aún no han nacido, esto es, las generaciones posteriores cuya salud estará condicionada muy claramente por las condiciones medioambientales que tengan cuando vivan.

En primer lugar, es preciso señalar que la demarcación geográfica sigue teniendo vigencia, aunque ya no sea el modelo totalizador de explicación del marco de justicia. En lo que atañe al derecho a la salud, su parte individual, la vinculada al acceso a la asistencia sanitaria tiene, aún en estos momentos, un enmarque territorial claro, dependiente de la legislación existente en cada país. En un mundo globalizado esto plantea claros conflictos, puesto que, incluso adoptando una perspectiva universalista en el derecho a la asistencia sanitaria, la materialización de este derecho solo es posible bajo marcos nacionales.

En segundo lugar, existe otra escala fundamental para responder a la pregunta del *quién* a la hora de alcanzar la justicia. Si bien al analizar los aspectos vinculados a la asistencia sanitaria del derecho a la salud podemos convenir que la titularidad del derecho sería el ser humano, al abordar los aspectos colectivos del derecho a la salud (el derecho a la salud pública) el asunto cobra una mayor complejidad.

22

La salud pública avanza cada vez más hacia lo que se denomina *One Health*, que incorpora a la salud pública tradicional los elementos relacionados con la salud de los animales no humanos y la del medio ambiente. Desde el punto de vista del derecho a la salud pública se plantean algunas cuestiones a este respecto: I) ¿los animales no humanos se considerarían sujetos de derecho desde una perspectiva de justicia social o solamente serían incluidos como medio para mejorar la salud de los seres humanos?, II) ¿el énfasis en la salud ambiental supone avanzar en la consideración de la naturaleza como sujeto político en salud?

En relación con la primera cuestión, la incorporación de los animales desde una perspectiva de salud pública pero no en lo relativo a su derecho a recibir asistencia veterinaria parece mostrar una concepción ciertamente instrumental, enmarcada en una visión de justicia utilitarista según la cual los esfuerzos invertidos en dotar de una mejor salud a los animales se verían justificados por la ganancia agregada de salud obtenida por los seres humanos; de hecho, algunas de las intervenciones que habitualmente se llevan a cabo en animales con la justificación de velar por la salud pública serían inasumibles si se les considerara sujetos de derecho, sería el caso de los sacrificios masivos en granjas donde se detectan casos de gripe aviar, por ejemplo, o los sacrificios recientemente vistos en las granjas de visones en relación con brotes de infección por SARS-CoV-2.³⁹

Acerca de la cuestión de la naturaleza como sujeto político, cabe destacar cómo desde una perspectiva eurocéntrica, la atribución de personalidad jurídica y política a accidentes geográficos se ve como algo extraño o cuestionable para su tradición jurídica, sin embargo, en otras regiones del mundo es algo más desarrollado en su legislación. Son ejemplos de ello el río Whanganui, en Nueva Zelanda, cuya personalidad jurídica se ha reconocido, o el caso de Ecuador, que ha introducido en

El derecho a la salud: un análisis desde el concepto de justicia social de Nancy Fraser.

su Constitución los Derechos de la Naturaleza.⁴⁰ En España, se encuentra en tramitación parlamentaria una iniciativa legislativa popular que trata de otorgar al Mar Menor personalidad jurídica como forma de tratar de protegerlo y de proteger la salud de los habitantes y los ecosistemas de la región. La consideración de la naturaleza como sujeto político ha de ser entendida como un impulso a la especial protección de unos ecosistemas cuya preservación supone la condición de necesidad para la supervivencia del ser humano y los seres vivos no humanos.

23

El tercer ámbito relevante en la selección del marco de justicia hace referencia a los riesgos comunes asumidos por diferentes comunidades. La existencia de *comunidades de riesgo* que compartan la posibilidad de ver afectada su salud por la existencia de riesgos compartidos hace necesario pensar que el *quién* de la justicia ha de incorporar también elementos que no vinculan a las personas y las comunidades en virtud de la delimitación geográfica o taxonómica, sino en base a aquello que puede afectar a su salud. Un ejemplo de esto son los episodios de contaminación de masas de agua compartidas entre diferentes países, la exposición a riesgos nucleares por parte de países en conflicto o la existencia de vectores de enfermedades infectocontagiosas presentes tan solo en determinados países.

Por último, hay un elemento que no suele mencionarse al hablar de salud y es el relacionado con la justicia intergeneracional. El incremento del impacto de los eventos climáticos sobre la salud de las poblaciones ha hecho patente que las acciones de las generaciones presentes sobre los ecosistemas tienen un impacto innegable sobre la capacidad de las generaciones futuras de poder acceder a unos niveles determinados de salud y bienestar.⁴¹ Parece claro que este criterio de justicia intergeneracional no tiene cabida en los aspectos vinculados al derecho individual a la salud, pero sin embargo sí que debe ser tenido en cuenta al considerar el derecho colectivo a la salud pública. Excluir las necesidades de justicia intergeneracional supondría un problema de desenmarque muy evidente, dado que excluiría del marco de justicia a un grupo de población cuya consideración es importante por la afectación que tendrá sobre ella las decisiones tomadas en materia de salud pública en el presente.

En resumen, se puede afirmar que, desde una perspectiva de justicia social, la respuesta al *quién* de la justicia no es única, sino que está compuesta de diferentes

El derecho a la salud: un análisis desde el concepto de justicia social de Nancy Fraser.

elementos. Por un lado, una universalidad del derecho individual a la asistencia sanitaria, entendido ese *universo* a quien se otorga el derecho como todas las personas que habitan el planeta; por otro lado, es necesario reenmarcar el asunto de la justicia al hablar del derecho colectivo a la salud pública, existiendo elementos geográficos de delimitación, aspectos vinculados con la especie y la concepción de la naturaleza como sujeto político, la necesidad de identificar comunidades de riesgo que compartan la exposición a elementos potencialmente condicionantes de la salud de dichas comunidades y, por último, la pertinencia de considerar la justicia intergeneracional al abordar asuntos de salud pública.

Algunas notas sobre el *cómo*.

Aunque en la obra de Nancy Fraser no existe de forma explícita una clara enunciación sobre cómo construir una sociedad justa, sí existen algunos elementos que pueden ser una continuidad de los apartados anteriores y esbozar algunos principios o elementos fundamentales de cómo se podría materializar el derecho a la salud desde la perspectiva de justicia social de Nancy Fraser.

Si bien en los apartados anteriores se ha puesto el énfasis tanto en la redistribución como en el reconocimiento, para la pregunta del *cómo* es especialmente relevante prestar atención a la representación. No existen sociedades justas si en estas las decisiones se toman de espaldas a quienes se van a ver afectados por ellas.

El primer aspecto relevante es que el derecho a la salud pública precisa de acciones multidisciplinares que vayan mucho más allá de los espacios estancos donde habitualmente se toman las decisiones en materia de salud. La *salud en todas las políticas* ha de ser una realidad para aprehender la complejidad de este campo.

El segundo aspecto relevante es que no puede haber derecho a la salud si absolutamente todas las intervenciones en este ámbito no contemplan la centralidad de los determinantes sociales, no solo en su influencia en el estado de salud de los individuos y las poblaciones, sino también en la capacidad de estos para participar en la elaboración de las medidas y la toma de las decisiones. Es decir, no basta con

El derecho a la salud: un análisis desde el concepto de justicia social de Nancy Fraser.

aplicar el *criterio de todos los afectados* según el cual se tendrá en cuenta la participación de las personas potencialmente afectadas por una decisión, sino que es preciso identificar las barreras a la participación de esas personas y colectivos para solventarlas.

La resolución de las injusticias culturales y sociales en el ámbito de la salud sólo puede lograrse mediante la promoción de una participación efectiva. Hay ámbitos de los sistemas sanitarios donde esto ha sido entendido como una forma de implementar políticas de reconocimiento y representación; los ejemplos más claros podemos verlos en los colectivos de primera persona en el ámbito del sufrimiento psíquico, y las experiencias de participación de estos colectivos en el ámbito de los servicios de salud mental de los centros sanitarios. Esto parte de la idea de que la provisión efectiva de servicios sanitarios solo puede garantizarse a partir de la participación efectiva de los ciudadanos.⁴²

25

Para concluir estas notas sobre el *cómo* de la justicia en el derecho a la salud, considero interesante hacer referencia a una figura propuesta por Nancy Fraser en *Fortunas del feminismo*. En dicha obra, Fraser propone la figura del cuidador universal como forma de aportar justicia en el ámbito de los cuidados. Lo plantea así:

“Concluyo, en consecuencia, que las feministas deberían desarrollar un tercer modelo —el del «cuidador universal»— que induzca a los hombres a parecerse más a cómo las mujeres son ahora: personas que combinan el empleo con las responsabilidades de los cuidados primarios. Tratando los actuales patrones de vida de las mujeres como la norma, el objetivo de ese modelo sería el de superar la separación entre el rol de proveedor y el de cuidador. Evitando tanto el laboralismo del «proveedor universal» como el privatismo doméstico de la «paridad del cuidador», el objetivo es aportar justicia de género y seguridad para todos.”

El derecho a la salud, entendido como derecho a la asistencia sanitaria, ha tenido históricamente una estrecha vinculación con el desempeño de la actividad laboral. Incluso en los modelos más universales, el derecho a la asistencia se vinculaba de alguna manera al ser una persona con un trabajo formal. Una posible propuesta

dentro del marco de Nancy Fraser, y que serviría para reconocer la centralidad de los cuidados, facilitar su prestación y equilibrar la participación de toda la población en ellos, sin desigualdades de género, sería considerar el desarrollo de esta figura del *cuidador universal* como una figura de acceso al derecho a la salud. La vida está intrínsecamente ligada a la necesidad de ser cuidado, puesto que no existe nadie que no precise de los cuidados de otro. Sin embargo, este *ser cuidado* se considera como universal pero no así el *ser quien cuida*. Establecer el cuidar como una condición necesaria, una obligación o deber, del individuo para poder acceder al derecho individual a la salud podría considerarse como una forma de abordar la interdependencia de cuidados existente en las sociedades, tratando de transitar de un sistema tipo *workfare* a uno que podríamos denominar haciendo uso del término *carefare*.⁵, no en el sentido antiliberal autoritario descrito por Fodor⁴³ al hablar de la situación de Hungría en nuestros días, sino en el sentido de reconocer el cuidado como condición necesaria del bienestar y, en la actualidad, como elemento estratificador de su distribución en la sociedad, y reconocer la necesidad de incorporarlo como deber y obligación de la sociedad.

Es inmediato pensar que no toda persona tiene la posibilidad de cuidar, de la misma manera que no todo el mundo puede trabajar. Siempre hay personas que quedan fuera de la condición considerada como universalizante para acceder a ciertos derechos, y ello ha de ser contemplado de forma específica para no incurrir en dobles discriminaciones y vulneraciones de derechos.

En conclusión, si bien en la obra de Nancy Fraser no se puede identificar una guía explícita de cómo repartir justicia, de modo que pudiera aplicarse al derecho a la salud de forma inmediata, sí que hay elementos, relacionados principalmente con la representación y el reconocimiento, que aportan elementos importantes para pensar *cómo* materializar el *qué* y el *quién* de la justicia. Tanto la representación en los ámbitos de decisión como la participación efectiva son un elemento central de justicia política en la toma de decisiones en salud, especialmente relevante en ámbitos donde

⁵ En palabras de Guillermo Zapata, “El *workfare* vendría a ser la fórmula neoliberal del *welfare* (el Estado del Bienestar de toda la vida) y se basa en vincular los derechos principalmente a dos campos: el empleo y la nación”; de este modo, el *carefare* podría considerarse la forma comunitaria del *welfare* y pondría el cuidado en el centro del funcionamiento justo de la sociedad, en vez del trabajo formal.

El derecho a la salud: un análisis desde el concepto de justicia social de Nancy Fraser.

el conocimiento aportado por la experiencia propia puede resultar especialmente relevante, como puede suceder con el padecimiento psíquico. El otro aspecto que puede resultar de especial interés es la incorporación de la figura del cuidador universal como elemento de distribución de derechos y deberes en el ámbito de la salud.

27 Aportaciones al futuro del derecho a la salud a partir de la visión de justicia social de Nancy Fraser.

En un momento en el que el “No future” parece haber cobrado entidad de sentimiento de época, es preciso reivindicar las aportaciones que desde la justicia social pueden realizarse al derecho a la salud como forma de mejorar no solo el presente, sino también ese futuro que parece cancelado.

Son al menos tres los elementos que pueden considerarse como aportaciones significativas derivadas de la obra de Nancy Fraser, pudiendo impactar de forma positiva en la justicia en el ámbito de la salud.

En primer lugar, la capacidad de conciliar dos concepciones del derecho a la salud que históricamente han aparecido como contrapuestas y que en raras ocasiones se han conciliado de forma satisfactoria: el derecho a la salud como algo individual y como derecho colectivo. Plantear un derecho a la salud que huya de visiones de esta excesivamente individualistas a la par que rechace un determinismo social completo, avanza hacia la idea de tratar de conciliar agencia individual y estructura social.

En segundo lugar, las aportaciones de Fraser en el ámbito de la demarcación de la justicia y el *quién* de la misma son fundamentales en un momento en el que tanto la globalización como el repliegue reaccionario en auge en muchos países suponen cuestionamientos de quiénes han de ser los sujetos de los derechos y prestaciones en el ámbito de la salud. Esta generación de nuevos marcos obliga a abordar, además, asuntos de gran interés ahora y en el futuro como son la consideración de la naturaleza como sujeto político o la necesidad de considerar la justicia intergeneracional como elemento relevante en las políticas públicas.

Por último, la centralidad de la interseccionalidad como asunto del que ha de encargarse la justicia en salud supone, *per se*, una redefinición del derecho a la salud, al mostrar que la equidad en salud no es que todo el mundo tenga buena salud, sino que el nivel de salud no esté estratificado por condicionantes sociales, culturales o políticos. Aunar la justicia económica, cultural y política en una visión global de la justicia posibilita una visión de la misma más completa y con herramientas para solventar de forma satisfactoria los conflictos entre diferentes dimensiones que puedan originarse.

Conclusiones.

La salud es un elemento fundamental para acceder a cualquier otro derecho, dado que sin un nivel aceptable de salud es difícil concebir el desarrollo de una vida digna. Por ello, es preciso delimitar de qué hablamos cuando hablamos de salud, así como tratar de acotar el contenido de lo que denominamos derecho a la salud.

Los abordajes mayoritarios en este ámbito se han llevado a cabo desde una concepción individual del derecho a la salud, basándose en valores como la igualdad de oportunidades, la autonomía o la dignidad. En este trabajo se ha tratado de hacer un abordaje basado en la justicia social desde la perspectiva de Nancy Fraser.

Fraser concibe la justicia social desde una enunciación en negativo, que parte de la identificación de tres tipos de injusticias: la económica, la cultural y la política. Para su resolución, plantea la necesidad de llevar a cabo acciones encaminadas, respectivamente, a mejorar la redistribución, incrementar el reconocimiento y facilitar la representación. Fraser plantea que la injusticia en salud sería la situación de inequidad en salud derivada de una mala distribución económica, una falta de reconocimiento cultural y una desfiguración de la representación política. La consideración conjunta de estos tres elementos ayuda, por un lado, a comprender como comunes problemas de justicia en salud que de otra manera serían vistos como

El derecho a la salud: un análisis desde el concepto de justicia social de Nancy Fraser.

independientes, y además facilita la enunciación de soluciones con capacidad de transformación de la realidad.

Nancy Fraser se caracteriza por no eludir debates complejos, tratando de conciliar posiciones que aparentemente puedan tender a la colisión. Esto, que es algo que ha abordado en el ámbito de los feminismos al tratar de generar una salida solvente al conflicto entre el feminismo de la igualdad y el feminismo de la diferencia, podría considerarse que también es de utilidad a la hora de desentrañar los conflictos entre las orientaciones individuales y colectivas del derecho a la salud, a partir de sus propuestas de resolución del dilema redistribución-reconocimiento.

29

En este trabajo se plantea un derecho a la salud compuesto por dos elementos: un derecho individual, consistente en el derecho a la asistencia sanitaria, y un derecho colectivo, que estaría relacionado con el derecho a la salud pública. En ambos casos, el abordaje de ambos derechos debe hacerse teniendo en cuenta los determinantes sociales que condicionan los estados de salud de los individuos y las poblaciones. Este derecho a la salud no supondría la garantía de un estado final de salud, sino asegurar que los resultados en salud no se van a ver sistemáticamente estratificados por la condición de renta, nivel educativo, sexo, edad o grupo étnico.

Además, se aborda el asunto de la demarcación del derecho a la salud, planteándose cuatro ámbitos relevantes a la hora de considerar el *quién* de la justicia en salud: la delimitación geográfica y política, la inclusión de diferentes especies de seres vivos no humanos, así como el rol de la naturaleza como posible sujeto político, la existencia de comunidades de riesgo y, por último, la pertinencia de incorporar elementos de justicia intergeneracional dentro del derecho a la salud pública.

Por último, se plantean algunos elementos importantes para materializar el derecho a la salud, señalándose dos dimensiones fundamentales: por un lado, la centralidad de la participación como aspecto clave de representación en el diseño de medidas y toma de decisiones; por otro lado, la posibilidad de incorporar la figura del *cuidador universal* como un elemento que represente a la vez un deber de la población con el cuidado, un compromiso de la sociedad con las personas que precisan cuidados y el reconocimiento del cuidado como condición universalizante.

El concepto de justicia social de Nancy Fraser, con sus tres dimensiones de justicia (económica, cultural y política) dota al derecho a la salud de una mayor riqueza de contenido que permite plantear algunos elementos de utilidad para pensar cómo mejorar la salud de la población y garantizar la salud de quienes se encuentran en la intersección de diferentes ejes de vulneración de derechos.

Bibliografía.

¹ Weiner RB. Beyond Forbearance as the Moral Foundation for a Health Care System: Analysis of Engelhardt's Principles of Bioethics. En: Minogue, BP, Palmer-Fernández G, Reagan JE. (editores) Reading Engelhardt. Springer; 1997.

² Daniels N. Accountability for reasonableness. *BMJ*. 2000;321(7272):1300-1301.

³ Daniels N. Justice, health, and healthcare. *The American Journal of Bioethics: AJOB*. 2001;1(2), 2-16. <https://doi.org/10.1162/152651601300168834>

⁴ Venkatapuram S. Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach. 1ª edición. Oxford: Polity Press. 2011. <https://www.wiley.com/en-us/Health+Justice%3A+An+Argument+from+the+Capabilities+Approach-p-9780745650340>

⁵ Brudney D. Is health care a human right? *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2016;37(4):249-257. <https://doi.org/10.1007/s11017-016-9376-6>

⁶ Marmot M. Universal health coverage and social determinants of health. *Lancet*. 2013;382(9900):1227-1228. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61791-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61791-2)

⁷ Hahn RA, Muntaner C. Why a Right to Health Makes No Sense, and What Does. *Health Equity*. 2020;4(1):249-254. <https://doi.org/10.1089/heap.2019.0116>

⁸ Ruger JP. Toward a Theory of a Right to Health: Capability and Incompletely Theorized Agreements. *Yale Journal of Law & Humanities*. 2006;18(2):3.

⁹ Valencia-Gutierrez DA. Diagnóstico y solución a la injusticia en Nancy Fraser e Iris Young. ¿Redistribución o reconocimiento? *Revista Filosofía UIS*. 2019;18(1):67-88. <https://doi.org/10.18273/revfil.v18n1-2019003>

¹⁰ Fraser N, Honeth A. ¿Redistribución o reconocimiento? 2ª edición. Madrid: Ediciones Morata. 2006.

¹¹ Fraser, N. (2015). Fortunas del feminismo: Del capitalismo gestionado por el estado a la crisis neoliberal. 1ª Edición. Madrid: Editorial Traficantes de Sueños, IAEN-Instituto de Altos Estudios Nacionales del Ecuador. 2015

¹² Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS. 1948. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

¹³ The Lancet. What is health? The ability to adapt. Lancet. 2009 Mar;373(9666):781. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673609604566>

¹⁴ Bickenbach J. WHO's Definition of Health: Philosophical Analysis. In: Schramme T, Edwards S. (editores) Handbook of the Philosophy of Medicine. Springer. 2015. https://doi.org/10.1007/978-94-017-8706-2_48-1

¹⁵ Biggart JH. Cnidos v. Cos. Ulster Med J. 1971 Winter;41(1):1-9. PMID: 4948495; PMCID: PMC2385304.

¹⁶ Sartorius N. The meanings of health and its promotion. Croat Med J. 2006 Aug;47(4):662-4. PMID: 16909464; PMCID: PMC2080455.

¹⁷ Halfon N, Long P, Chang DI, Hester J, Inkelas M, Rodgers A. Applying A 3.0 Transformation Framework To Guide Large-Scale Health System Reform. Health Aff. 2014 Nov;33(11):2003–11. Disponible en: <http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2014.0485>

¹⁸ Nussbaum M. Capabilities and human rights. Fordham Law Review. 1997;66(2):273-300.

¹⁹ Nussbaum M. Human Rights and Human Capabilities. Harvard Human Rights Journal. 1998;20:19-24.

²⁰ Venkatapuram S. Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach. Polity Press; 2011.

²¹ Krahn GL, Robinson A, Murray AJ, Haverkamp SM, Haverkamp S, Andridge R, et al. It's time to reconsider how we define health: Perspective from disability and chronic condition. Disabil Health J. 2021 Oct;14(4):101129. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1936657421000753>

²² Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Pública. 2013;31(S1):13-27. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>

²³ Cockerham, W. C., «Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure», Journal of Health and Social Behavior . 2015;46:5-67

²⁴ Spiegel JM, Breilh J, Yassi A. Why language matters: insights and challenges in applying a social determination of health approach in a North-South collaborative research program. *Global Health*. 2015;11:9. <https://doi.org/10.1186/s12992-015-0091-2>

²⁵ Organización de las Naciones Unidas. About the right to health and human rights. Special Rapporteur on the right to health. United Nations. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-health/about-right-health-and-human-rights>

²⁶ del Llano Núñez-Cortés A, Nuño Solinís R, del Llano Señarís JE. Por una salud no determinada. Una hoja de ruta hacia la equidad en salud. 1ª edición. Madrid: Editorial Libroacadémico SL. 2022.

²⁷ Gottlieb S. Medical bills account for 40% of bankruptcies. *BMJ*. 2000 May 13;320(7245):1295. PMID: 10807614; PMCID: PMC1127305.

²⁸ Chapman A. The foundations of a human right to health: human rights and bioethics in dialogue. *Health and Human Rights*. 2015;17(1). Disponible en: <https://www.hhrjournal.org/2015/06/the-foundations-of-a-human-right-to-health-human-rights-and-bioethics-in-dialogue/>

²⁹ Mason Meier B, Mori LM. The highest attainable standard: advancing a collective human right to public health. *Columbia Human Rights Law Rev*. 2005;37:101-147.

³⁰ Fraser, N., Hanne Marlene Dahl, Pauline Stoltz, & Rasmus Willig. Recognition, Redistribution and Representation in Capitalist Global Society: An Interview with Nancy Fraser. *Acta Sociologica*. 2004;47(4):374–382. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/4195051>

³¹ Fraser, N. y J. Butler, ¿Reconocimiento o redistribución? Un debate entre marxismo y feminismo. 1ª edición. Madrid: Editorial Traficantes de Sueños; 2016.

³² Fraser N. Escalas de justicia. 1ª edición. Barcelona: Herder Editorial SL; 2008.

³³ Gostin, Lawrence O. The Human Right to Health: A Right to the “Highest Attainable Standard of Health,”. *Hastings Ctr Rep*. Mar-Apr;2001

³⁴ Ruger JP. Ethics of the social determinants of health. *Lancet*. 2004;364(9439):1092-1097. doi:10.1016/S0140-6736(04)17067-0

³⁵ Klinenberg, E. Palacios del pueblo. 1ª edición. Madrid: Capitán Swing; 2021

³⁶ Hortal-Carmona J, Padilla-Bernáldez J, Melguizo-Jiménez M, Ausín T, Cruz-Piqueras M, López de la Vieja MT, Puyol À, Rodríguez-Arias D, Tamayo-Velázquez MI, Triviño R. La eficiencia no basta. Análisis ético y recomendaciones para la

distribución de recursos escasos en situación de pandemia [Efficiency is not enough. Ethical analysis and recommendations for the allocation of scarce resources in a pandemic situation]. *Gac Sanit.* 2021 Nov-Dec;35(6):525-533. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.07.006. Epub 2021 Jan 25. PMID: 33509638; PMCID: PMC7830264.

³⁷ Wilson J. The right to public health. *Journal of Medical Ethics* 2016;42:367-375.

³⁸ Nussbaum M. *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión.* 1ª edición. Madrid: Ediciones Paidós; 2012.

³⁹ Bernotas K, Sellars L, Sebo J. One Health, COVID-19, and a right to health for human and nonhuman animals. *Health and Human Rights Journal.* 2021;32(2):35-47.

⁴⁰ Daura Corral E. La naturaleza como sujeto de derechos. *Ecopolítica.* Febrero 2018. Disponible en: <https://ecopolitica.org/la-naturaleza-como-sujeto-de-derechos/>

⁴¹ Patterson DW. The Right to Health and the Climate Crisis: The Vital Role of Civic Space. *Health Hum Rights.* 2021 Dec;23(2):109-120. PMID: 34966229; PMCID: PMC8694289.

⁴² Kenyon KH, Forman L, Brolan CE. Deepening the Relationship between Human Rights and the Social Determinants of Health: A Focus on Indivisibility and Power. *Health Hum Rights.* 2018 Dec;20(2):1-10. PMID: 30568397; PMCID: PMC6293351.

⁴³ Fodor E. A Carefare Regime. In: *The Gender Regime of Anti-Liberal Hungary.* Palgrave Pivot, Cham. 2022 https://doi.org/10.1007/978-3-030-85312-9_2