

LA SALUD COMO CAPACIDAD GLOBAL Y EL RETO DE LA EQUIDAD

HEALTH AS OVERARCHING CAPABILITY AND THE CHALLENGE OF EQUITY

ENCARNACIÓN FERNÁNDEZ RUIZ-GÁLVEZ
Universidad de Valencia

Fecha de recepción: 10-9-18

Fecha de aceptación: 17-1-19

Resumen: *La equidad en salud es una meta prioritaria de las políticas sociales promovida por la OMS. Objetivos del presente trabajo son: 1. Profundizar en la concepción amplia de la salud y del derecho a la protección de la misma como contexto en el que se plantea y cobra relevancia ética, política y jurídica el principio de equidad en salud. 2. Dar cuenta del debate actual sobre la problemática de la equidad en salud, justificando sobre esa base una posición argumentada al respecto, concluyendo que la equidad implica actuar sobre las desigualdades en salud que sean re-remediables, ya tengan un origen social o pretendidamente natural, y sosteniendo que la equidad en salud no es un aspecto aislado de la justicia social, sino que es interdependiente e inseparable de las restantes dimensiones de la misma.*

Abstract: *Health equity is a priority goal of social policies. Objectives of this work are: 1. To deepen the broad conception of health and of the right to health protection as the context in which the health equity principle is raised and takes on ethical, political and legal relevance. 2. Give an account of the current debate on the issue of health equity, justifying on that basis a position argued in this regard, concluding that equity implies acting on health inequalities that are remediable, whether they have a social or a supposedly natural origin, and maintaining that health equity is not an isolated aspect of social justice, but is interdependent and inseparable from the other dimensions of it.*

Palabras clave: derecho a la protección de la salud, capacidades, equidad, distribución, reconocimiento

Key words: right to health protection, capabilities, equity, distribution, recognition

1. HACIA UNA VISIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y DE SU PROTECCIÓN JURÍDICA

La relevancia desde el punto de vista de los derechos y libertades y desde el punto de vista de las políticas sociales de la problemática relativa a la equidad en salud parte, como no podía ser menos, del derecho a la protección de la salud como derecho humano y como un derecho fundamental, y se plantea en el marco de una concepción amplia de la salud y de su tutela jurídica, cuestiones a las que se dedica este primer apartado del trabajo.

1. 1. El derecho a la protección de la salud

Aunque con frecuencia se utiliza la expresión ‘derecho a la salud’ y ello incluso en los textos internacionales, sin embargo parece más adecuado hablar de ‘derecho a la protección de la salud’, puesto que en realidad nadie puede arrogarse un derecho a la salud, sino únicamente un derecho a que se le proteja su salud¹. En este sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General número 14², sostiene que el derecho a la salud del art. 12 del PICESC “no debe entenderse como un derecho a estar *sano*”³, sino como un derecho a “un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud” (párr. 8).

Como derecho humano el derecho a (la protección de) la salud está recogido en numerosos textos de Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Así el art. 25.1 DUDH proclama que “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 ser-

¹ A. M^a MARCOS DEL CANO, “Derecho a la protección de la salud: Delimitación y alcance en el contexto actual”, en A. M^a MARCOS DEL CANO (dir.), *El derecho a una asistencia sanitaria para todos: Una visión integral*, Dykinson, Madrid, 2017, p. 27.

² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General número 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (E/C.12/2000/4, CESCR), 11 de agosto de 2000.

³ Y ello porque hay diversos factores que influyen en la salud y que escapan al control de los Estados, como “los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados” (párr. 9). No obstante, respecto de estos últimos, como luego veremos, el enfoque de los llamados ‘determinantes sociales de la salud’ entiende que las políticas públicas pueden actuar sobre ellos desincentivándolos y promoviendo conductas más saludables.

vicios sociales necesarios". Por su parte, en el art. 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales los Estados Partes reconocen "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". Además, el derecho a (la protección de) la salud se reconoce en otras normas específicas de derechos humanos tales como la Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial de 1965 (art. 5), la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979 (arts. 11.1.f, 12 y 14.2.b), la Convención sobre los derechos del niño de 1989 (art. 24), o la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de 2006 (art. 25); y en varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961 en su forma revisada (art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (art. 16), el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (art. 10), y la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (art. 35).

El derecho a la protección de la salud es también un derecho fundamental reconocido en art. 43 CE, a cuyo tenor "1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio".

Adopto el concepto de derechos fundamentales establecido por Pérez Luño de acuerdo con el cual son derechos fundamentales los derechos humanos incorporados o reconocidos en el Derecho positivo interno, y por tanto en el caso español serían derechos fundamentales todos los recogidos en el Título I de la Constitución y no sólo los de la sección 1^a⁴. En la misma línea, Ferrajoli sostiene que los derechos sociales (y entre ellos el derecho a la salud) son derechos fundamentales al igual que los derechos de libertad, pues están incluidos en la razón social de las instituciones políticas y forman parte del pacto constitucional de convivencia; y subraya los nexos entre democracia social y democracia política y liberal, entre derechos sociales y derechos políticos y de libertad⁵. Por lo demás, en el caso del derecho a la protección

⁴ A. E. PÉREZ LUÑO, *Derechos humanos, Estado de Derecho y Constitución*, Tecnos, 11^a ed., Madrid, 2017; e Id., *Los derechos fundamentales*, Tecnos, 11^a ed., Madrid, 2013.

⁵ L. FERRAJOLI, *Principia iuris. Teoría del derecho y de la democracia*. Vol. 2. *Teoría de la democracia*, Trotta, Madrid, 2011, pp. 379 ss.

de la salud su carácter de derecho fundamental se ve reforzado por sus conexiones con los derechos a la vida y a la integridad física y moral.

La salud es el objeto protegido por el derecho a la protección de la salud. Ahora bien, el concepto de salud, como tantos otros, es un concepto abierto que varía con el devenir histórico y la evolución de las circunstancias sociales, existiendo diversas concepciones del mismo. Así podemos distinguir, entre otros, un modelo biomédico y un modelo social, o más exactamente biopsicosocial⁶, de salud; una concepción de la salud como bienestar y una visión de la misma como una capacidad básica de los seres humanos. A continuación, en los apartados I.2 y I.3 del trabajo, examinaremos estas distintas concepciones de la salud.

1.2. Entorno social, salud y enfermedad

Tradicionalmente, el modelo biomédico identificaba la salud con la ausencia de enfermedad. Y, a su vez, concebía la enfermedad como desviación de la norma biológica, con una etiología única, cuyo paradigma más claro fueron las enfermedades infecciosas, cada una causada por una bacteria, hongo o virus. La visión mecanicista del cuerpo humano favorece que la enfermedad se interprete como anormalidad. “Hay una parte estropeada o un agente externo que interfiere, y la misma debe ser reparada o sustituida, o bien el agente externo neutralizado”⁷.

Frente a esta visión parcial de la salud y de la enfermedad, el modelo social destaca el papel que juegan los factores sociales y socio-económicos en la promoción de la salud y en la causación de la enfermedad y además relaciona estos factores con la estructura social más amplia.

Al modelo biomédico se le achaca que presta demasiada atención a las enfermedades y a su remedio, olvidando cuestiones tales como por qué la buena salud es importante para las personas, qué significa para ellas la bue-

⁶ Se habla de ‘modelo social’ para subrayar el énfasis en los factores sociales que son ignorados por el modelo biomédico, pero el ‘modelo biopsicosocial’, como enseguida veremos, va más allá poniendo de relieve las interacciones recíprocas y constantes entre una multiplicidad de factores diversos que influyen en la salud de los individuos y de las poblaciones. Este último enfoque, holístico, integral, combinado, biopsicosocial, es el que aquí se defiende como el más ajustado a la realidad y ello en base a los hallazgos científicos y a los argumentos que se exponen a continuación, aunque la cuestión es controvertida y el conocimiento científico en el que se basa provisional, como todo conocimiento científico.

⁷ M^a J. IZQUIERDO, *El malestar en la desigualdad*, Cátedra, Madrid, 1998, pp. 63-4.

na salud y el hecho de que la búsqueda de la salud y la respuesta a las enfermedades se sitúan en el marco de un contexto social más amplio⁸.

El modelo biomédico no se correspondería con la realidad, ya que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción de diversos factores condicionantes que “actúan al mismo tiempo y con grados diversos de intensidad, que se potencian o neutralizan mutuamente y cuyas consecuencias son las alteraciones de la salud física y mental”⁹. Tales factores son principalmente de cuatro tipos: (i) genéticos/biológicos; (ii) conductuales individuales/estilos de vida; y ambientales, incluyendo tanto (iii) el entorno físico como (iv) las circunstancias sociales.

El enfoque de los llamados ‘determinantes sociales de la salud’ (DSS) subraya la importancia de esas últimas de las circunstancias sociales, del entorno social, esto es la influencia que sobre la salud y la enfermedad ejercen las estructuras sociales y la posición que cada persona ocupa en el sistema social. “Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”¹⁰.

En ocasiones el sistema sanitario es excluido explícitamente del concepto de DSS. Así, por ejemplo, Gopal Sreenivasan define un determinante social como “un factor socialmente controlable fuera del sistema tradicional de cuidado de la salud que es una causa parcial independiente del estado de salud de un individuo”¹¹. En cambio, gran parte de la literatura sobre DSS incluye la atención sanitaria como un determinante social. Esta última es la posición adoptada por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud en cuyo Informe final se señala que “[e]l sistema de atención de salud es en sí mismo un determinante social de la salud; influye en los efectos de otros determinantes sociales y se ve influido por éstos”¹². Así entendido, el enfoque de los DSS no excluye la importancia del acceso a la asistencia sanitaria (que es sin duda

⁸ F. PETER, “Health Equity and Social Justice”, *Journal of Applied Philosophy*, vol. 18, núm. 2, 2001, p. 161.

⁹ C. VALLS-LLOBET, *Medio ambiente y salud. Mujeres y hombres en un mundo de nuevos riesgos*, Cátedra, Madrid, 2018, p. 36.

¹⁰ Cfr. http://www.who.int/social_determinants/es/ Visita 25-7-2018.

¹¹ G. SREENIVASAN, “Justice, inequality, and health”, en *Stanford encyclopedia of philosophy*, ed. E. Zalta, 2008. Disponible en: <http://plato.stanford.edu/entries/justice-inequality-health/>

¹² Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*.

alguna uno de los determinantes sociales de la salud), pero junto a ello lo peculiar de esta perspectiva y lo que la dota de relevancia teórica y práctica es el énfasis en la influencia de los factores sociales y económicos extra-sanitarios o no médicos en la salud de la población.

De hecho, el origen del enfoque de los DSS se encuentra precisamente en la toma de conciencia de los límites del cuidado médico (*health care* o *medical care*), esto es, de la asistencia sanitaria¹³, en lo que respecta a su influencia en la salud de las poblaciones. La referencia clásica sobre esta cuestión fue una investigación dirigida por el médico escocés Thomas McKeown publicada en 1975 que, al estudiar los registros de mortalidad en Inglaterra y Gales desde mediados del siglo XIX hasta principios de la década de los sesenta del siglo XX, constató que la mortalidad había descendido rápida e ininterrumpidamente décadas antes de la introducción de avances médicos tan relevantes como los antibióticos y las unidades de cuidados intensivos. McKeown atribuyó este espectacular incremento de la esperanza de vida a la mejora en las condiciones de vida, incluida la nutrición¹⁴.

En este mismo orden de cosas, Evans y Stoddart en un artículo de gran impacto y cuyo título es muy significativo¹⁵ sostenían que las constante expansión de los sistemas sanitarios (*health care systems*) y sus costes crecientes no tienen un impacto significativo en el estado de salud de las poblaciones, al menos no en los países de Europa Occidental y América del Norte, porque los déficits de salud que siguen existiendo en nuestras sociedades, en forma de enfermedad, discapacidad, sufrimiento y muerte prematura, son cada vez menos sensibles a un mayor crecimiento del sistema sanitario (“estamos alcanzando –declaran– los límites de la medicina”¹⁶) y, en cambio, pueden ser considerablemente sensibles a intervenciones y cambios estructurales en otros factores ajenos al sistema sanitario capaces de mejorar la salud.

Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008, p. 8.

¹³ Las expresiones en lengua inglesa *health care* o *medical care* (cuidado de la salud y cuidado médico) las traduzco a lo largo del trabajo por asistencia sanitaria o atención sanitaria más habituales en nuestro idioma.

¹⁴ T. McKEOWN, R. G. RECORD y R. D. TURNER, “An interpretation of the decline of mortality in England and Wales during the twentieth century”, *Population Studies*, vol. 29, núm. 3, 1975, pp. 391-422.

¹⁵ R.G. EVANS y G. L. STODDART, “Producing health, consuming health care”, *Social Science & Medicine*, vol. 31, núm. 12, 1990, pp. 1347-1363.

¹⁶ *Ibid*, p. 1353.

Es más, los mencionados autores sostienen que la sobre-expansión de los sistemas de atención médica puede tener efectos negativos sobre el bienestar de la población y por tanto también sobre su salud, puesto que sus costes absorben unos recursos económicos que de otro modo estarían disponibles para otros fines: mejorar el sistema educativo, construir vías rápidas de comunicación, subir las pensiones, programas medioambientales, etc. La financiación de los sistemas de protección de la salud, vía impuestos o primas de los seguros privados, disminuye la renta disponible de los trabajadores¹⁷.

En un trabajo posterior, Evans y Stoddart mantienen la misma tesis y declaran que redirigiendo algunos de esos recursos para actuar sobre otros determinantes no médicos de la salud, se podría conseguir una mejor salud general con menos costes. Y, para conseguir que las políticas públicas se orienten en ese sentido, recomiendan, profundizar en las investigaciones sobre los determinantes de la salud, identificando políticas sociales y fiscales específicas y demostrando su impacto (o no) en la salud. No obstante lo cual, subsistiría el problema de la falta de voluntad política, debido a los fuertes intereses económicos de la poderosa industria sanitaria¹⁸.

Problemas similares se han suscitado en Estados Unidos en relación con la *Patient Protection and Affordable Care Act*, más conocida como *Obamacare*. La ley fue promulgada en marzo de 2010 y su constitucionalidad fue ratificada por el Tribunal Supremo de EE. UU. en 2012. El objetivo de la reforma era sin duda positivo. Se trataba de garantizar la cobertura sanitaria universal o por lo menos reducir el número de personas sin asistencia sanitaria que en el país se cuentan por millones. Sin embargo, dadas las peculiares características del sistema norteamericano de protección de la salud, la fórmula adoptada fue la de imponerle a todas las personas la obligación de suscribir un seguro de salud (es el llamado mandato individual), so pena de sufrir una multa por la vía de un recargo en sus impuestos. La ley preveía subsidios con el fin de subvencionar el pago del seguro de salud para las personas con menos recursos. El problema se planteaba para algunos estadounidenses de ingresos medios que no reunían los requisitos para acceder a los subsidios y a los que les resultaba muy costoso suscribir los seguros de salud. Ahora bien, me parece importante destacar que estas disfunciones hay que atribuir-las no al intento de garantizar la cobertura sanitaria universal, lo cual es en sí

¹⁷ Ibid, pp. 1359 ss.

¹⁸ R.G. EVANS y G. L. STODDART, "Consuming Research, Producing Policy?", *American Journal of Public Health*, vol. 93, núm. 3, 2003, pp. 371-379.

mismo deseable, sino a la ausencia en Estados Unidos de un sistema público que asuma esa tarea y al complejo mecanismo arbitrado para alcanzar ese objetivo a través de la contratación de seguros privados.

El enfoque de los DSS no excluye la importancia del acceso universal a la asistencia sanitaria que es sin duda alguna uno de los determinantes sociales de la salud, pero pondera su relevancia en un contexto más amplio. Como destacan Wilkinson y Marmot, la atención médica puede prolongar la supervivencia y mejorar el pronóstico después de las enfermedades graves, pero son las condiciones sociales y económicas las que ejercen una mayor influencia sobre la salud de la población en general, ya que son las que hacen que las personas enfermen y necesiten atención médica. Estamos ante un enfoque holístico cuyo valor estriba en haber ampliado la perspectiva a la hora de abordar las causas de la salud y la enfermedad y el origen de las desigualdades sociales en salud. “[S]i el objetivo es crear sociedades sanas –declaran–, el grado de responsabilidad debe ser más amplio”¹⁹, esto es no debe limitarse a la asistencia médica. Además de plantearse cómo curar a las personas enfermas, hay que preguntarse en primer término por qué están enfermas y enfrentarse a la cuestión de cómo evitar que enfermen.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud tiene una visión holística de estos que abarca no solo las condiciones de vida inmediatas y visibles de las personas, sino también los factores estructurales subyacentes que influyen en aquellas. Las grandes desigualdades en salud entre los distintos países y dentro de cada país están provocadas por la distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por la consiguiente injusticia en las condiciones de vida inmediatas y visibles de las poblaciones (su acceso a la atención sanitaria, a la escolarización, a la educación, sus condiciones de trabajo y tiempo libre, sus viviendas, comunidades, pueblos o ciudades). La disparidad en las condiciones de vida sería el resultado de las políticas y programas sociales insuficientes, los acuerdos económicos injustos y una mala gestión política. Las desigualdades en salud en y entre los distintos países son el resultado de las circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen, y de los sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en las que las personas viven y mueren están configuradas (*shaped*) por fuerzas políticas, sociales y económicas. El conjunto de los determinantes estructurales

¹⁹ R. WILKINSON y M. MARMOT (eds.), *Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados*, OMS, 2003, pp. 7-9. Cita de la p. 9.

y las condiciones de la vida diaria constituyen los determinantes sociales de la salud, y son responsables de la mayor parte de las inequidades en salud entre los países y dentro de cada país²⁰.

Son los determinantes sociales de la salud los que configuran en gran parte, aunque no exclusivamente, las oportunidades de las personas de gozar de buena salud, esto es de tener una vida larga y saludable, e incluso sus oportunidades de adoptar estilos de vida saludables. La mayoría de las enfermedades no pueden explicarse en abstracto, sin tener en cuenta las condiciones de vida y de trabajo, el género, la cultura, la etnia, la clase social, el medio ambiente, etc. Al respecto, conviene precisar que las condiciones del entorno físico en el que viven las personas son, en gran parte, consecuencia de las acciones humanas y de las estructuras sociales, y que quienes sufren en mayor medida los efectos negativos del deterioro medioambiental suelen ser los grupos sociales y los países más desaventajados, existiendo por tanto una estrecha relación entre condicionantes sociales y condicionantes medioambientales de la salud.

En esa línea, el enfoque de los determinantes sociales de la salud pone de relieve que la salud es una realidad condicionada por el entorno físico y social donde vivimos: situación socioeconómica, nivel de educación, lugar de residencia y vivienda, situación y entorno laboral, relaciones sociales y familiares, género, factores políticos y medioambientales, así como por la accesibilidad a los servicios sociales y sanitarios.

A su vez, los factores sociales que repercuten en la salud son numerosos y muy variados e interactúan entre sí potenciándose o neutralizándose. Así existen factores sociales protectores, tales como el apoyo social, las normas y actitudes que favorecen la resiliencia, la autoestima, que pueden mitigar los efectos perjudiciales de las condiciones sociales adversas²¹.

²⁰ Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación ...*, cit., introducción y p.1. Dado que hay diferencias relevantes entre el texto inglés y la traducción española, he tomado especialmente en consideración el primero. En particular, la versión española del texto habla de 'desigualdades sanitarias' y de 'inequidad sanitaria' (énfasis añadido), lo cual induce a confusión sobre el significado de los conceptos de 'health inequalities' y 'health inequity', cuyo interés reside precisamente en poner de manifiesto que las desigualdades en salud van más allá del desigual acceso a la asistencia sanitaria, pues se deben también a otros factores sociales y económicos extra-sanitarios o no médicos.

²¹ Sobre la presencia de este tipo de factores sociales protectores entre los inmigrantes latinoamericanos en Estados Unidos como posible causa que explicaría que sus resultados en salud sean mejores de lo que cabría esperar teniendo en cuenta su situación socio-económica, L. FRANZINI, J.C. RIBBLE y A.M. KEDDIE, "Understanding the Hispanic paradox",

Por otra parte, los factores sociales y los factores genéticos interactúan recíprocamente. Las circunstancias socioeconómicas y otros factores sociales influyen en los procesos epigenéticos que regulan si los genes se expresan o por el contrario quedan neutralizados. A menudo depende de factores sociales que un gen nocivo (o protector) se manifieste o no. Y a su vez las características genéticas de un individuo influyen en su mayor o menor vulnerabilidad (o resistencia) a la adversidad socioeconómica. Las respuestas biológicas de diferentes personas ante el mismo agente causal socio-ambiental pueden ser muy distintas²².

Asimismo los factores sociales ejercen su influencia sobre las actitudes y las conductas individuales, tanto en un sentido negativo como positivo. Así las conductas de riesgo a menudo son el resultado de la influencia del entorno social. Y, por otra parte, el enfoque de los determinantes sociales de la salud confía en poder modificar las conductas no saludables a través de políticas públicas.

Además hay que subrayar el papel de la libertad individual que capacita a los seres humanos para minimizar, en ocasiones, los efectos de las condiciones sociales y/o genéticas adversas. Y esa misma libertad personal explica que en ocasiones fracasen las políticas públicas que tratan de promover hábitos saludables. En esa línea, es necesario reconocer que, junto al innegable papel que desempeñan las políticas públicas favorables, es indispensable que los propios individuos asuman su parte de responsabilidad en el cuidado y promoción de la salud individual y colectiva.

Sin perjuicio de reconocer la influencia de los factores sociales, es importante evitar el determinismo al que puede conducir (de modo similar al determinismo genético) el enfoque de los DSS si asumimos que la conducta está ‘determinada’ por factores sociales de manera que los individuos no son responsables de ella, ni de sus consecuencias en términos de salud. Como señalan Preda y Voigt la responsabilidad es muy probablemente una cuestión de grados, de manera que la mayor parte de la conducta individual se

Ethn Dis., 2001, vol. 11 núm. 3, pp. 496-518; y L. C. GALLO, F. J. PENEDO, K. ESPINOSA DE LOS MONTEROS y W. ARGUELLES, “Resiliency in the face of disadvantage: do Hispanic cultural characteristics protect health outcomes?”, *Journal of Personality*, vol. 77 núm. 6, 2009, pp.1707-46.

²² P. BRAVEMAN y L. GOTTLIEB, “The Social Determinants of Health: It’s Time to Consider the Causes of the Causes”, *Public Health Reports*, vol. 129. Suppl 2, 2014, pp. 19-31. Este artículo se ha consultado en formato electrónico en el que no aparece la paginación de la versión impresa.

encontraría en posiciones intermedias entre los dos extremos del espectro que va desde la conducta completamente determinada, hasta la conducta plenamente libre²³.

De lo dicho se desprende que de acuerdo con una concepción holística de la salud como una realidad configurada por la interacción de múltiples factores, los efectos de un factor dado no son inexorables, sino contingentes dependiendo de otros muchos factores.

Por las razones expuestas, aunque la terminología al uso habla de ‘determinantes’ de la salud, me parece más adecuado hablar de ‘condicionantes’ de la salud. En esa línea Valls-Llobet escribe: “no estoy de acuerdo en que existan determinantes de la salud, ni genéticos, ni adquiridos. Ni en la vida adulta, ni en la vida intrauterina. Ni tampoco creo que existan determinantes psicológicos. Pero sí condicionantes biológicos, hormonales, psicológicos y sociales. Y aunque existen pequeños espacios de libertad, durante siglos la humanidad y en especial las mujeres han tenido muy pocos espacios y posibilidades para ejercerla”²⁴.

La comprensión integral de la salud como resultado de la interacción de factores diversos implica una superación de las limitaciones inherentes al método de investigación propio de la ciencia moderna que se caracteriza por la abstracción, por acotar el objeto de estudio, centrándose en un único aspecto de la realidad²⁵. Y así “la ciencia médica occidental se ha construido aislando los problemas, con el supuesto deseo de estudiarlos mejor, como si el hecho de aislar una hormiga en una placa de laboratorio nos permitiese estudiar mejor su fisiología y su comportamiento que si ideamos sistemas para estudiar un hormiguero en pleno funcionamiento”²⁶. En consecuencia, el equilibrio entre causas biológicas, psicológicas, sociales y ambientales de las enfermedades resulta todavía hoy invisible para muchos profesionales de la salud y para los cuestionarios de salud pública.

En ese sentido han sido logros científicos importantes el que se haya comenzado a estudiar las enfermedades en relación con el medio ambiente y con las

²³ A. PREDA y K. VOIGT, “The Social Determinants of Health: Why Should We Care?”, *The American Journal of Bioethics*, vol. 15 núm. 3, 2015, p. 32.

²⁴ C. VALLS-LLOBET, *Mujeres, salud y poder*, Cátedra, Madrid, 2009, p.104.

²⁵ M. HEIDEGGER, “La época de la imagen del mundo”, en *Sendas perdidas*. Trad. de J Rovira Armengol, Losada, Buenos Aires, 1960; X. ZUBIRI, “La nueva física”, en *Naturaleza, Historia, Dios*, Editora Nacional, 5ª ed, Madrid, 1963, 243 ss.; J. BALLESTEROS, *Sobre el sentido del Derecho. Introducción a la filosofía jurídica*, Tecnos, 3ª ed, Madrid, 2001, 19 ss.

²⁶ C. VALLS-LLOBET, *Mujeres, salud y poder*, cit., p. 75.

condiciones de trabajo. En cambio, según destaca Valls-Llobet, se ha avanzado menos en el estudio de los condicionantes de género sobre la salud. La decisión del *National Investigation Health* de EE. UU. en 1993 de incluir mujeres en los muestreos para los trabajos de investigación ha supuesto un paso importante en el camino hacia la igualdad de oportunidades en salud, pero sólo se ha aplicado en el 25 o el 30% de los estudios publicados en los últimos 15 años y, además, son muy pocas las investigaciones que se realizan con una perspectiva de género, esto es estudiando al mismo tiempo las condiciones de vida y de trabajo y el entorno social distinto de las mujeres y de los varones, respectivamente²⁷.

1.3. La salud como meta-capacidad humana

Un concepto de salud amplio se basa no solo en la ausencia de enfermedad, sino que consiste en una situación de bienestar que asociamos a la propia dignidad humana. En esa línea el art. 25.1 de la DUDH conecta explícitamente la salud con el bienestar. Asimismo la Constitución de la Organización Mundial de la Salud declara en su Preámbulo que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Coherentemente con ello, el derecho a la protección de la salud incluye no solo la asistencia sanitaria, sino también las actuaciones en salud pública dirigidas a la (i) prevención de la enfermedad (cribados cáncer, vacunaciones); a la (ii) protección de la salud (seguridad alimentaria y ambiental, salud laboral); e incluso a la (iii) promoción de la salud individual y colectiva (con medidas tales como Programa Embarazo, Estrategia Atención Parto normal, Programa Salud Infantil, Educación para la Salud en el ámbito escolar, Estrategia de Envejecimiento Activo, Protocolo de Violencia Género, etc.).

Este concepto amplio del derecho a la protección de la salud es el que recoge la Constitución de la Organización Mundial de la Salud que proclama en su Preámbulo que “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. En la misma línea, el art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

²⁷ C. VALLS-LLOBET, *Medio ambiente y salud...*, cit., p. 39.

Este enfoque destaca las conexiones importantes que existen en las sociedades modernas entre la salud y los objetivos económicos y sociales más amplios. La promoción de la salud no es responsabilidad únicamente del sector de la salud, sino que va más allá de los modos de vida sana, hasta el bienestar y los entornos propicios. Por tanto, salud y bienestar de la población son objetivos inseparables y características fundamentales de una sociedad exitosa, integrada y justa.

No obstante, el modelo que identifica la salud con el bienestar ha sido calificado como positivista²⁸ y utópico²⁹ y plantea ciertas dificultades. Entre ellas, Peter destaca las siguientes: (i) La dificultad para distinguir la salud de otros componentes del bienestar y para comprender aquellas situaciones en las que se puede alcanzar un cierto bienestar a pesar de tener mala salud o, viceversa, aquellas otras en las que siendo buena la salud el nivel de bienestar es bajo. (ii) En segundo lugar, no resulta claro cómo definir el bienestar de un modo que resulte compatible con la pluralidad de concepciones acerca de la vida buena que existen en nuestras sociedades democráticas. (iii) Y, en tercer lugar, una concepción tan amplia de la salud puede conducir a una medicalización excesiva de los problemas sociales, presentando la promoción social de la salud como un problema técnico con soluciones técnicas más que como un problema político con solución política³⁰.

Además el propio concepto de bienestar es un concepto abierto susceptible de diversas interpretaciones, pero que tiende a identificarse con la concepción utilitarista del mismo, de acuerdo con la cual el bienestar consistiría en una característica interior (placer, felicidad, satisfacción de deseos). De ahí que el igualitarismo del bienestar que concibe la igualdad como una exigencia de igual bienestar, plantee enormes dificultades de aplicación, como ha puesto de relieve, entre otros, Dworkin³¹. Piénsese en la gran cantidad de información sobre los deseos, preferencias, intereses, planes de vida, etc., de cada persona que sería necesario manejar y en problemas como el de la arbitrariedad de los deseos, los intereses suntuarios, etc. En consecuencia, ante el problema de la inconmensurabilidad de los estados interiores, el utilitarismo acaba recurriendo al nivel de rentas, de bienes como índice para medir la uti-

²⁸ C. VALLS-LLOBET, *Mujeres, salud y poder*, cit., pp. 25 y 110.

²⁹ J. A. SEOANE, "El derecho a una capacidad de salud segura", *Ius et Scientia*, vol. 2, núm. 2, 2016, p. 43.

³⁰ F. PETER, "Health Equity and Social Justice", cit., p. 161.

³¹ R. DWORKIN, *Sovereign Virtue. The Theory and Practice of Equality*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.), 2000, pp. 11 ss.

lidad, el bienestar. Aparte de las dificultades de aplicación, reviste especial interés la crítica de fondo de la concepción utilitarista del bienestar llevada a cabo por Sen, para quien el bienestar entendido en términos utilitaristas no es un criterio adecuado de justicia, ni un criterio adecuado para evaluar la igualdad y la desigualdad. Y ello porque la representación del bienestar individual como una característica interior (placer, felicidad, satisfacción de deseos) no nos da cuenta de la vida real de las personas, especialmente en el caso de personas sometidas a situaciones de adversidad y a privaciones permanentes, las cuales a menudo aprenden a conformarse con su situación y a disfrutar con pequeñas cosas. “La igual felicidad puede ir acompañada de diferencias significativas en la satisfacción de necesidades”³².

De lo dicho se desprende que la concepción utilitarista del bienestar no es apropiada para abordar los problemas de la equidad en salud, ni para definir el concepto de salud. A tales efectos resulta mucho más adecuado el enfoque de las capacidades³³, que Sen presenta como una nueva visión del bienestar distinta de la utilitarista. La idea que subyace a este planteamiento es la de que para la evaluación política ya sea de la desigualdad, de la pobreza, de la discriminación sexual o del bienestar, la libertad, la calidad de vida, el desarrollo, así como la justicia y la ética social, la información relevante no es la utilidad individual (o el bienestar en términos utilitaristas), ni los recursos a los que las personas tienen acceso, sino lo que las personas pueden *hacer* y *ser* con esos recursos. Esto es lo que Sen denomina capacidad: la habilidad real, efectiva de una persona para hacer actos valiosos o alcanzar estados de ser valiosos. La noción con la que arranca este enfoque es la de funcionamientos, aunque, como enseguida veremos, este no es el concepto nuclear de la teoría, sino sólo la noción de la que se parte. *Funcionamientos* serían las diversas cosas importantes que una persona consigue hacer o ser, los diversos “logros” que alcanza, desde los más elementales, como estar bien nutrido, o vestido y protegido adecuadamente, o libre de enfermedades prevenibles y de la muerte prematura, etc... hasta logros más complejos y refinados como la diversión, la autoestima, participar en la vida de la comu-

³² A. SEN, *Nuevo examen de la desigualdad* (1992), vers. esp. de A. M^o Bravo, Alianza Editorial, Madrid, 2003, p. 15; pp. 18-19; y capítulos 3 y 4, pp. 53 y ss.

³³ A. SEN, *Desarrollo y libertad* (1999), trad. de E. Rabasco y L. Toharia, Planeta, Barcelona, 2000; Id., *La idea de la justicia* (2009), trad. de H. Valencia Villa, Taurus, Madrid, 2010, Tercera parte, “Los materiales de la justicia”, pp. 255 ss.; M.C. NUSSBAUM, *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión* (2006), trad. de R. Vilà Vernis Paidós y A. Santos Mosquera, Barcelona, 2007; Id., *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano* (2011), trad. de A. Santos Mosquera, Paidós, Barcelona, 2012.

nidad, poder aparecer en público sin avergonzarse, etc... Ahora bien para este enfoque lo decisivo y lo que hay que promover directamente no son los funcionamientos sino las capacidades correspondientes (las capacidades para funcionar). Sen lo ilustra con el conocido ejemplo de que no es lo mismo ayunar que pasar hambre. “Esta distinción es obviamente importante en muchos contextos sociales: por ejemplo, podemos tratar de eliminar el hambre involuntaria, pero no desear prohibir el ayuno”³⁴. Esto guarda relación con la importancia de la elección en nuestras vidas. Se trataría pues de “proporcionar a las personas los medios necesarios para elegir, actuar y tener una opción realista para poder elegir lo más valioso [...] en un contexto básico de igualdad de oportunidades –o capacidades–, y no de resultados –o funcionamientos–”³⁵.

Sen menciona a menudo la buena salud como un ejemplo de funcionamiento básico³⁶. Por tanto las políticas públicas deben promover la capacidad correspondiente, de manera que el objetivo global de las intervenciones en materia de salud debe ser garantizar la capacidad de tener salud o de estar sano³⁷. Pero además la salud es en sí misma una capacidad fundamental para funcionar en sociedad³⁸, una capacidad básica de los seres humanos³⁹, una posibilidad u oportunidad de vida que nos capacita para perseguir nuestros objetivos vitales e interactuar en el contexto social. En concreto, la salud se ha definido como la “capacidad de una persona (*person’s ability*) de alcanzar o ejercer un conjunto (*cluster*) de actividades humanas básicas”, o como “la capacidad (*ability*) de alcanzar un conjunto básico de logros (*beings and doings*) o de tener la capacidad global (*overarching capability*), una meta capacidad, de alcanzar un conjunto de capacidades y funcionamientos básicos o vitales interrelacionados”⁴⁰, entre otras la capacidad (*ability*) de participar plenamente en la fuerza de trabajo y en el proceso político democrático⁴¹.

³⁴ A. SEN, “Capacidad y bienestar”, en M.C. NUSSBAUM y A. SEN (compiladores), *La calidad de vida* (1993), Fondo de Cultura Económica, México, 1996, p. 66.

³⁵ J. A. SEOANE, “El derecho a una capacidad de salud segura”, cit., p. 46.

³⁶ A. SEN, “Capacidad y bienestar”, cit., p. 56.

³⁷ S. VENKATAPURAM, *Health justice. An argument from the capabilities approach*, Polity, London, 2011, pp. 143 ss.

³⁸ A. SEN, *Desarrollo y libertad*, cit.

³⁹ M.C. NUSSBAUM, *Las fronteras de la justicia ...*, cit.; Id., *Crear capacidades ...*, cit., pp. 53-55

⁴⁰ S. VENKATAPURAM, “Health, Vital Goals, and Central Human Capabilities”, *Bioethics*, vol. 27, núm. 5, 2013, p. 271.

⁴¹ P. A. BRAVEMAN, S. KUMANYIKA, J. FIELDING, T. LAVEIST, L. N. BORRELL, R. MANDERSCHIED y A. TROUTMAN, “Health Disparities and Health Equity: The Issue Is Justice”, *American Journal of Public Health*, Supplement 1, vol. 101, num. S1, 2011, pp. 149-150.

Además, “[l]a protección justa de la salud no puede limitarse a garantizar un determinado nivel de funcionamiento en el momento presente sino que exige su mantenimiento a lo largo del tiempo, garantizando la seguridad de la capacidad (*capability security*) de salud”. De acuerdo con ello el derecho a la protección de la salud consistiría en el ‘derecho a una capacidad de salud segura’⁴².

Así entendida, la salud aparece como un bien irrenunciable tanto individual como socialmente⁴³. Habida cuenta de la individualidad biológica de cada ser humano, no cabe duda de que la salud tiene una innegable vertiente individual, es una necesidad humana universal, un bien individual que “tiene un componente de don y otro de motivación personal (nace y se hace)”⁴⁴. Pero la salud es también un bien social. Es un gran recurso de la sociedad y un activo para el desarrollo económico y social, para cuyo cuidado, protección y promoción la sociedad debe procurar los medios. La buena salud y el bienestar de todos son objetivos colectivos que deberían gozar de alta prioridad en el ámbito local, nacional, regional e internacional⁴⁵. En esa línea, la Declaración de Shanghai de 2016 reafirma que la salud es “un objetivo social compartido y una prioridad política para todos los países”⁴⁶.

La protección y promoción de la salud es un componente básico del desarrollo humano sostenible⁴⁷. De hecho uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos en la Agenda 2030 de Naciones Unidas es “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. En ese sentido la Declaración de Shanghai de 2016 reconoce que la salud y el

⁴² J. A. SEOANE, “El derecho a una capacidad de salud segura”, cit., *passim*. Cita de la p. 47.

⁴³ “El concepto de salud, aun siendo conscientes de la individualidad biológica de cada individuo, se considera como un bien irrenunciable tanto individual como socialmente, cuya promoción, protección y cuidados implican unas actividades multidisciplinares a las que la sociedad ha de procurar los medios que racionalmente exige nuestra actual percepción de las ciencias sociales, sanitarias y económicas” (Preámbulo de la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana).

⁴⁴ S. MARTÍNEZ PART, “Derecho a la salud: competencia pública/privada”, en E. FERNÁNDEZ RUIZ-GÁLVEZ y A.-P. GARIBO PEYRÓ (coords.), *El futuro de los derechos humanos*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2016, p. 137.

⁴⁵ Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*, Río de Janeiro (Brasil), 21 de octubre de 2011, párr. 7.

⁴⁶ Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, *Declaración de Shanghai sobre la Promoción de la Salud*, 21 de noviembre de 2016.

⁴⁷ A. SEN, *Desarrollo y libertad*, cit.

bienestar son esenciales para alcanzar el desarrollo sostenible y en particular para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Así pues, la salud es necesaria y valiosa tanto para los individuos como para las comunidades. En consecuencia su protección es un deber básico de justicia⁴⁸ y no una mercancía que solo disfruta quien puede pagarla⁴⁹. De ahí la importancia del principio de la equidad en salud, cuestión que abordamos en el siguiente apartado.

2. EL OBJETIVO DE LA EQUIDAD EN SALUD

La visión integral del derecho a la protección de la salud, que no se reduce a la asistencia sanitaria, sino que exige también la prevención de la enfermedad y la protección e incluso la promoción de la salud, de manera que cada persona goce del grado máximo de salud que pueda lograr, lleva aparejada una preocupación por la equidad en el sentido de que todos los seres humanos tengan la posibilidad real (la capacidad en el sentido de Sen y Nussbaum) de alcanzar el grado máximo de salud que puedan lograr, sin que las circunstancias sociales operen como un obstáculo para ello. Así, de acuerdo con la definición propuesta por Whitehead la equidad en salud implica que idealmente cada uno debería tener una oportunidad justa de alcanzar su pleno potencial de salud y, en un sentido más pragmático, que nadie debería verse desfavorecido para alcanzar este potencial, si esto se puede evitar⁵⁰.

Ya en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata (Kazajistán) en 1978, se reafirmó el valor esencial de la equidad en materia de salud; así como también en la serie de conferencias internacionales sobre la promoción de la salud, desde la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (1986) hasta la Declaración de Shanghai proclamada

⁴⁸ Tomás de Domingo sostiene que los derechos fundamentales no son solo un bien para su titular, sino también para el conjunto de la colectividad. “Los poderes públicos deben orientar su labor hacia la consecución del bien común [...] si cabe ver los derechos fundamentales como el núcleo del bien común se refuerza considerablemente su posición como criterio básico de justicia de la comunidad política” (T. DE DOMINGO PÉREZ, en A.-L. MARTÍNEZ-PUJALTE y T. DE DOMINGO PÉREZ, *Los derechos fundamentales en el sistema constitucional: teoría general e implicaciones prácticas*, Palestra, Lima, 2010, pp. 21-22 y *passim*).

⁴⁹ J. A. SEOANE, “El derecho a una capacidad de salud segura”, cit., p. 50.

⁵⁰ M. WHITEHEAD, *The Concepts and Principles of Equity and Health*, Copenhagen, World Health Organization, 1990, p. 7.

en Novena Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud celebrada en Shanghai, del 21 al 24 de noviembre de 2016. De este modo, en la actualidad a instancias de la OMS un objetivo prioritario de las políticas de salud es garantizar la equidad. Este objetivo consistiría en reducir las desigualdades sociales en salud por ser innecesarias, injustas y evitables.

2.1. Delimitación conceptual: desigualdades, disparidades e inequidades en salud

‘*Health inequalities*’ es la terminología ampliamente utilizada internacionalmente para referirse a las grandes desigualdades en salud que existen entre los distintos países y también dentro de cada uno de ellos, haciendo hincapié principalmente, aunque no solo, en las desigualdades de tipo socioeconómico. En Estados Unidos, en cambio, se utiliza más la expresión ‘*health disparities*’, con la que con frecuencia se alude a las desigualdades de tipo étnico y racial, aunque no solo a ellas. Con estas salvedades en cuanto al énfasis mayor o menor en una u otra modalidad de desigualdad, ambas denominaciones pueden ser consideradas como equivalentes.

Ahora bien, lo que reviste cierta complejidad es precisar su significado. En ocasiones la expresión ‘desigualdades en salud’ se utiliza con un significado genérico para designar todas las diferencias, variaciones y disparidades en los logros de salud de los individuos y grupos, esto es como un término descriptivo que no necesariamente implica un juicio moral. Y ello a diferencia de la expresión ‘inequidades en salud’ que aludiría a aquellas desigualdades que se considera que son injustas o que tienen su origen en algún tipo de injusticia⁵¹.

En otros casos, la expresión ‘desigualdades/disparidades en salud’ se circunscribe a aquellas desigualdades que se reputan injustas y que en consecuencia se califican como ‘inequidades’. En esta línea, Braveman y otros⁵² caracterizan las disparidades/desigualdades en salud como un subgrupo de las diferencias en salud cuyos rasgos específicos serían los de ser sistémicas, probablemente evitables y que afectan de manera adversa a los

⁵¹ I. KAWACHI, S. V. SUBRAMANIAN, y N. ALMEIDA-FILHO, “A glossary for health inequalities”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 2002, pp. 647-648. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.56.9.647>

⁵² P. A. BRAVEMAN, S. KUMANYIKA, J. FIELDING, T. LAVEIST, L. N. BORRELL, R. MANDERSCHIED y A. TROUTMAN, “Health Disparities and Health Equity: The Issue Is Justice”, cit., pp. 151-154.

grupos sociales desaventajados. De acuerdo con esta definición las disparidades en salud no abarcan genéricamente todas las diferencias en salud, ni siquiera todas las diferencias que merecen una especial atención por parte de las políticas públicas, sino sólo aquellas que afectan de manera adversa a los grupos sociales desaventajados. Los ancianos suelen tener peor salud que los restantes adultos; los esquiadores tienen mayor riesgo de sufrir fracturas óseas que quienes no practican el esquí. Esos serían ejemplos de diferencias en salud que no se considerarían disparidades en salud, pues no están asociadas con la injusticia social. Es más, sostienen los citados autores, que si un grupo socialmente aventajado arroja peores resultados en un determinado indicador de salud (por ej., mayor incidencia del cáncer de mama en las mujeres blancas que en las afroamericanas; o menor esperanza de vida de los varones respecto de las mujeres), esto puede ser una cuestión relevante desde el punto de vista de la salud pública, pero no se trataría de una injusticia social y por tanto no estaríamos ante una disparidad en salud que plantease un problema de equidad, pues los blancos se encuentran en una posición social más ventajosa que los afroamericanos y, lo que es más importante, en muchos indicadores de salud, incluida la mortalidad por cáncer de mama, las mujeres blancas tienen mejor salud que las afroamericanas⁵³. Asimismo, aunque los varones tengan menor esperanza de vida, las mujeres tienen peor salud lo cual, en parte al menos, es reflejo de su posición social subordinada⁵⁴.

Si la expresión disparidades en salud se interpreta como equivalente a cualquier diferencia en salud entre los diversos grupos de población, entonces abarcaría todo el ámbito de la epidemiología que es el estudio de la distribución de las enfermedades y de los factores de riesgo entre las diferentes poblaciones. Por el contrario, los citados autores prefieren reservar esa denominación para aquellas diferencias en salud que son relevantes desde el punto de vista de la justicia social. Dicho en términos simples, las disparidades/desigualdades en salud consisten en que los grupos sociales desaventajados tienen peor salud. De ahí que estas disparidades/desigualdades en salud se califiquen como *inequidades*, término que explicita la dimensión moral del problema y que permite distinguir inequívocamente las desigualdades (dife-

⁵³ Henry J. Kaiser Family Foundation. *Putting women's health care disparities on the map: examining racial and ethnic disparities at the state level*. June 2009. Disponible en: <http://www.kff.org/minorityhealth/upload/7886.pdf>.

⁵⁴ C. VALLS-LLOBET, *Mujeres, salud y poder*, cit., pp. 114-116 y *passim*.

rencias en salud que se considera que son reflejo de la injusticia social) de las restantes diferencias en salud ⁵⁵.

En todo caso, con independencia de la extensión atribuida a la expresión ‘desigualdades en salud’ (comprensiva de todas las desigualdades, incluso de aquellas que no tengan un origen social; o por el contrario circunscrita a aquellas desigualdades que se estiman injustas), el punto crucial reside en (i) delimitar cuándo son injustas las desigualdades en salud, esto es, cuándo constituyen inequidades; y (ii) la razón por la cual son calificadas como injustas. Abordaremos sucesivamente ambas cuestiones en los siguientes apartados del trabajo.

2.2. Las desigualdades sociales como inequidades

En líneas generales, son las desigualdades *sociales* en salud las que se consideran injustas. Ahora bien, este juicio normativo se basa en un razonamiento subyacente sobre el origen de estas desigualdades que no es pacífico, sino que es objeto de debate doctrinal en dos planos distintos.

El primero de ellos guarda relación con la cuestión de los papeles respectivos de los factores sociales, de un lado, y de la libre voluntad y la responsabilidad individual en el cuidado de la propia salud, de otro. Para los defensores del enfoque de los DSS, la mayor parte de las desigualdades en salud entre los grupos sociales (clase, raza, etc.) son injustas porque reflejan una distribución injusta de los determinantes sociales de la salud (por ejemplo, acceso a las oportunidades educativas, a un trabajo seguro, a la asistencia sanitaria, a las bases sociales del auto-respeto, etc.). Otros en cambio niegan que la injusticia social ejerza papel alguno en la creación de las desigualdades en salud, y tienden a ver estas últimas como resultado de las decisiones individuales (tales como la decisión de empezar a fumar o de practicar un hobby de riesgo) ⁵⁶.

Respecto de esta cuestión, considero, como antes argumenté, que lo adecuado es adoptar una posición intermedia que, sin caer en el determinismo, reconozca el papel de los factores sociales, incluida su influencia sobre las

⁵⁵ P. A. BRAVEMAN, S. KUMANYIKA, J. FIELDING, T. LAVEIST, L. N. BORRELL, R. MANDERSCHIED y A. TROUTMAN, “Health Disparities and Health Equity: The Issue Is Justice”, cit., p. 153.

⁵⁶ Sobre este debate, I. KAWACHI, S. V. SUBRAMANIAN, y N. ALMEIDA-FILHO, “A glossary for health inequalities”, cit., p. 648.

conductas individuales. Desde este punto de vista no hay dificultad en reconocer el papel de la injusticia social en la creación de las desigualdades en salud entre los distintos grupos sociales.

No obstante, hay un segundo nivel, en este caso epistemológico, en el que también se plantea el debate doctrinal. Numerosos y sólidos estudios empíricos acreditan la correlación existente entre diversos factores sociales (en especial, el estatus socioeconómico) y los resultados en salud. Sin embargo, no hay que olvidar que “la causación no se deriva automáticamente de la correlación”⁵⁷. Y, aunque desde hace décadas una abundante literatura empírica complementa los hallazgos sobre la mencionada correlación con estudios que analizan los complejos mecanismos causales que conectarían los factores sociales con la salud, sigue habiendo una controversia abierta en torno al carácter concluyente de las evidencias que respaldan esa relación causal⁵⁸. A pesar de lo cual, como después veremos, Braveman y otros sostienen que estas dificultades epistemológicas no excluyen que las disparidades sociales en salud puedan ser consideradas injustas.

2.3. Los ‘porqués’ de la injusticia

El segundo problema que se suscita –íntimamente conectado con el anterior– es el de esclarecer las razones por las cuales esas desigualdades sociales en salud son injustas. “El problema al que se enfrenta una teoría de la equidad en salud es el de cómo pasar de la identificación *empírica* de las *desigualdades sociales* en salud a un juicio *normativo* sobre las *inequidades en salud*”⁵⁹.

Una primera respuesta a la cuestión planteada es la de quienes sostienen que las desigualdades sociales en salud son injustas porque son evitables (*avoidable*). Esta parece ser la posición defendida por Margaret Whitehead en su definición ya clásica de las inequidades en salud como “diferencias [en salud] que son innecesarias y evitables y que además son consideradas injustas”⁶⁰. En cambio, para esta autora las variaciones naturales entre los individuos en cuanto a su estado de salud son inevitables y por tanto no

⁵⁷ A. PUYOL, “Ética, equidad y determinantes sociales de la salud”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 26 núm. 2, 2012, p. 180.

⁵⁸ Una revisión y evaluación de las evidencias disponibles en P. BRAVEMAN y L. GOTTLIEB, “The Social Determinants of Health: It’s Time to Consider the Causes of the Causes”, *cit.*, pp. 19-31.

⁵⁹ F. PETER, “Health Equity and Social Justice”, *cit.*, p. 160.

⁶⁰ M. WHITEHEAD, *The Concepts and Principles of Equity and Health*, *cit.*, p. 5.

serían inequidades. Así, por ejemplo, una mutación genética aleatoria (desafortunada pero no injusta) no sería una inequidad⁶¹. Una visión similar es la que inspira el Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: “Es injusto que haya diferencias sistemáticas en el estado de salud, cuando estas pueden evitarse mediante la aplicación de medidas razonables. Eso es lo que denominamos inequidad sanitaria⁶²”. Marmot, presidente de la Comisión, y sus colegas en su resumen-comentario del Informe destacan este aspecto del mismo⁶³.

Por lo demás la evitabilidad (*avoidability*) puede ser entendida de dos modos distintos: Como posibilidad de impedir que aparezcan las desigualdades (*preventability*) o como posibilidad de corregirlas, como susceptibilidad de intervención sobre ellas (*amenability to intervention*).

La adopción de la evitabilidad en el primer sentido (*preventability*) como criterio para la definición de las inequidades en salud plantea dos dificultades. La primera referida a las conductas de riesgo libremente elegidas que son evitables (*preventable*) y sin embargo eso no determina que sus consecuencias sean injustas⁶⁴. De hecho Whitehaed considera que en tales supuestos no habría inequidad, siempre y cuando la conducta sea en efecto libremente elegida. Sobre esta cuestión volveremos más adelante. La segunda dificultad se relaciona con las desigualdades naturales que no son evitables en el sentido de que no se puede impedir su aparición, pero sí son susceptibles de intervención, bien a través de tratamientos médicos que las corrijan o las mitiguen o bien, cuando lo anterior no sea posible, compensando las desventajas. Al respecto, cabe argumentar que el criterio para juzgar la justicia o injusticia es que algo se pueda hacer y se deba hacer. En tal caso lo relevante sería la susceptibilidad de intervención, esto es que la desigualdad pueda ser corregida; y no sólo la evitabilidad en el sentido de poder impedir su aparición. Si se adopta este criterio, las desigualdades naturales, y no solo las desigualdades sociales, son susceptibles de intervención para modificar sus consecuencias (ya sea corrigiéndolas o mitigándolas o bien compensan-

⁶¹ Ejemplo tomado de I. KAWACHI, S. V. SUBRAMANIAN, y N. ALMEIDA-FILHO, “A glossary for health inequalities”, cit., p. 647.

⁶² ‘*health inequity*’ en la versión inglesa.

⁶³ M. MARMOT, S. FRIEL, R. BELL, T. A. J. HOUWELING, y S. TAYLOR, “Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health”, *Lancet*, núm. 372, 2008, p. 1661. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)

⁶⁴ I. KAWACHI, S. V. SUBRAMANIAN, y N. ALMEIDA-FILHO, “A glossary for health inequalities”, cit., p. 648.

do sus efectos) y por tanto también plantearían cuestiones de justicia y equidad⁶⁵. De hecho, algunas definiciones de la equidad en salud adoptan este criterio de la remediabilidad. Por ejemplo, la International Society for Equity in Health define la equidad como “la ausencia de diferencias sistemáticas potencialmente remediabiles, en uno o más aspectos de la salud entre los grupos o subgrupos de población definidos social, económica, demográfica, o geográficamente”⁶⁶.

Desde este punto de vista las desigualdades en salud que afectan a las personas con discapacidad serían inequidades (esto es, serían injustas) pues serían sobre todo consecuencia de barreras sociales físicas y actitudinales. Esta es la concepción de la discapacidad que maneja el denominado modelo social⁶⁷ que inspira la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, de acuerdo con la cual: “la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. En esta línea, Braveman y otros ponen de relieve que aunque la discapacidad como tal sea inevitable (*inavoidable*), a menudo las personas con discapacidad se ven sometidas a desventajas sociales innecesarias como consecuencia de la no adopción de las medidas que son factibles para la eliminación de barreras (por ejemplo, en el acceso a los edificios y a los medios de transporte) y/o como consecuencia de la discriminación respecto de ellas (por ejemplo, en el acceso al empleo)⁶⁸.

Por lo demás, del planteamiento de Whitehaed se desprende que las razones por las cuales las desigualdades sociales en salud son injustas son en reali-

⁶⁵ A. PREDA y K. VOIGT, “The Social Determinants of Health: Why Should We Care?”, cit., plantean este argumento, si bien lo descartan después por entender que el hecho de que se pueda hacer algo no necesariamente implica que deba hacerse (pp. 29-30).

⁶⁶ Citado en A. PREDA y K. VOIGT, “The Social Determinants of Health: Why Should We Care?”, cit., p. 29, nota 7.

B. STARFIELD, “Improving equity in health: A research agenda”, *International Journal of Health Services*, núm. 31, 2001, pp. 545-566 (Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2190/DGJ8-4MQW-UP9J-LQCI>) también considera la remediabilidad como un criterio para definir la inequidad en salud.

⁶⁷ Sobre el modelo social acerca de la discapacidad, que se opone al modelo médico, R. DE ASÍS, *Sobre discapacidad y derechos*, Dykinson, Madrid, 2013, pp. 15 ss.

⁶⁸ P. A. BRAVEMAN, S. KUMANYIKA, J. FIELDING, T. LAVEIST, L. N. BORRELL, R. MANDERSCHIED y A. TROUTMAN, “Health Disparities and Health Equity: The Issue Is Justice”, cit., p. 151.

dad dos: su carácter de evitables, pero también el hecho de que sean involuntarias para las personas y los grupos afectados por ellas. “[D]onde las personas tienen poca o ninguna posibilidad de elegir sus condiciones de vida y de trabajo, es más probable que las diferencias en salud resultantes sean consideradas injustas que las que resultan de riesgos para la salud voluntariamente elegidos”⁶⁹.

A partir de estos análisis podemos concluir que para que las desigualdades en salud sean consideradas injustas tienen que reunir simultáneamente las dos características aludidas, esto es tienen que ser evitables y además involuntarias para las personas y los grupos afectados. En principio, las desigualdades sociales en salud presentarían ambos rasgos. Por otra parte, si interpretamos la inevitabilidad en el sentido de remediabilidad, también las desigualdades naturales satisfarían ambos requisitos y por tanto corregirlas, mitigarlas o compensarlas sería también una exigencia de la equidad en salud. Por último, respecto de las desigualdades que tengan su origen inmediato en las conductas relacionadas con la salud, habría que distinguir dos supuestos diferentes y de hecho así lo hace Whitehead. Para la mencionada autora las desigualdades que resulten de conductas perjudiciales para la salud serán inequidades “allí donde el grado de elección del estilo de vida se encuentre severamente restringido”. En cambio, no serán consideradas como inequidades si las desigualdades son el resultado de conductas perjudiciales para la salud “libremente elegidas” (*freely chosen*), tales como la participación en ciertos deportes y pasatiempos⁷⁰. Sin embargo, en la práctica es difícil delimitar uno y otro tipo de supuestos, siendo esta una de las cuestiones más debatidas en la literatura sobre DSS y sobre equidad en salud.

Continuando con el examen de las diversas posturas doctrinales acerca de las razones por las cuales las desigualdades sociales en salud son injustas, la respuesta de Peter a la cuestión planteada es la de que las desigualdades sociales en salud son injustas en la medida en que son el resultado de una estructura básica de la sociedad injusta en el sentido de Rawls, que beneficia a los mejor situados en detrimento de los peor situados, socavando la igualdad fundamental de todos los miembros de la sociedad e incluso las bases sociales para el auto-respeto⁷¹. Esta tesis utiliza como marco de referencia la

⁶⁹ M. WHITEHEAD, “The concepts and principles of equity and health”, *Health Promotion International*, núm. 6, 1991, p. 220. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/6.3.217>

⁷⁰ M. WHITEHEAD, *The Concepts and Principles of Equity and Health*, cit, p. 5; Id. “The concepts and principles of equity and health”, cit., p. 219.

⁷¹ F. PETER, “Health Equity and Social Justice”, cit., p. 164-167.

teoría de la justicia de Rawls, pero va más allá de la misma, pues, como es sabido, para Rawls la estructura básica de la sociedad afecta a la distribución de los recursos materiales y con ello a las oportunidades que tienen las personas de llevar adelante sus planes de vida e incluso influye en el desarrollo de las habilidades y talentos personales⁷². Sin embargo, Rawls no aborda la cuestión de cómo los arreglos sociales afectan a la salud y a la esperanza de vida de las personas que es precisamente lo que ponen de manifiesto los estudios empíricos sobre las desigualdades sociales en salud. El planteamiento de Peter y en general el enfoque de los DSS completarían la teoría de la justicia de Rawls en un aspecto no contemplado en ella. Mostrar los efectos de las desigualdades sociales en la salud puede reforzar los argumentos a favor de la redistribución.

No obstante, Braveman et al. sostienen que no es necesario probar la existencia de una relación de causalidad entre desventaja social y disparidades en salud. Exista o no ese vínculo causal las disparidades en salud son especialmente injustas porque afectan de manera adversa a los grupos sociales desaventajados, colocándolos en una situación de mayor desventaja, lo cual hace potencialmente más difícil para esas personas superar su situación de desventaja social, ya que la mala salud constituye un obstáculo para ello. Esto es, las desigualdades en salud refuerzan o agravan la situación de desventaja social y la vulnerabilidad y esto es lo que las hace relevantes desde el punto de vista de la justicia social, aunque las causas de esas disparidades en salud no se hayan podido establecer de manera concluyente⁷³, pues persisten las controversias en torno a la fortaleza indubitada (o no) de las evidencias que respaldan el papel causal de algunos factores sociales⁷⁴.

2.4. Justicia social y equidad en salud: distribución y reconocimiento

La equidad en salud es la justicia social en salud. Consiste en el compromiso de reducir (y en última instancia eliminar) las disparidades en salud. Se trata de igualar la oportunidades de estar sano. Braveman et al. subrayan

⁷² RAWLS, *El liberalismo político* (1993), trad. de A. Domenech, Crítica, Barcelona, 1996, pp. 305-307.

⁷³ P. A. BRAVEMAN, S. KUMANYIKA, J. FIELDING, T. LAVEIST, L. N. BORRELL, R. MANDERSCHIED y A. TROUTMAN, "Health Disparities and Health Equity: The Issue Is Justice", cit., pp. 150-151.

⁷⁴ P. BRAVEMAN y L. GOTTLIEB, "The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes", cit., pp. 19-31.

que, coherentemente con los principios bioéticos de beneficencia y no maleficencia, la equidad requiere esfuerzos concertados para mejorar la situación de los peor situados dentro de una estrategia general de mejora de la salud de todos. La reducción de las disparidades en salud a través de la mejora de la salud de los socialmente desaventajados (nunca empeorando la salud de los grupos aventajados) es la medida de los progresos hacia la equidad en salud⁷⁵.

Ahora bien, la equidad en salud no es solo un aspecto de la justicia social (que lo es), sino que además se encuentra en una relación de interdependencia y vinculación recíproca con el objetivo general de búsqueda de la justicia social y con los demás aspectos de la misma en los ámbitos socio-económico, de la educación, el empleo, la vivienda, el medio ambiente, etc.

A este respecto Peter distingue entre un enfoque directo y un enfoque indirecto de la equidad en salud⁷⁶. El primero concibe la equidad en salud como un fin en sí mismo, independiente, aunque paralelo a la justicia en otras esferas, como por ejemplo los ingresos o la educación. En cambio, el enfoque indirecto concibe la búsqueda de la equidad en salud como integrada e interrelacionada con el objetivo general de búsqueda de la justicia social, poniendo el énfasis en los procesos sociales más amplios, en las influencias remotas (*upstream influences*) en la salud de las personas⁷⁷. La perspectiva de los determinantes sociales de la salud conecta con este enfoque indirecto de la equidad en salud, más apto para comprender la inherente complejidad de la salud, sin confinarla en una esfera propia e independiente de las demás esferas sociales⁷⁸.

Así, en respuesta a la creciente preocupación suscitada por las persistentes y cada vez mayores inequidades en salud, la OMS estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. La Comisión elaboró un informe final⁷⁹ que se publicó en agosto de 2008 y cuyo título es muy significativo, pues pone de relieve que el objetivo que se persigue es alcanzar la equidad

⁷⁵ P. A. BRAVEMAN, S. KUMANYIKA, J. FIELDING, T. LAVEIST, L. N. BORRELL, R. MANDERSCHIED y A. TROUTMAN, "Health Disparities and Health Equity: The Issue Is Justice", cit., p. 151.

⁷⁶ F. PETER, "Health Equity and Social Justice", cit., p. 162-164.

⁷⁷ Ibidem, p. 160.

⁷⁸ Ibidem, p. 164.

⁷⁹ Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.*

en salud⁸⁰ y que la estrategia que se propone para alcanzarlo es actuar sobre los determinantes sociales de la salud. En su informe la Comisión formuló tres recomendaciones generales: mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución no equitativa del poder, del dinero y de los recursos; y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

La Asamblea Mundial de la Salud, reunida en mayo de 2009, adoptó la resolución *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*⁸¹ en la que tomó nota de las tres recomendaciones generales de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

Con estos antecedentes, la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud celebrada en Río de Janeiro en octubre de 2011 adoptó la *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud* en la que se expresa la “determinación de lograr la equidad social y sanitaria, mediante la actuación sobre los determinantes sociales de la salud y del bienestar, aplicando un enfoque intersectorial integral”⁸².

Como puede verse, este planteamiento lleva aparejado como un corolario del mismo el Principio de Salud en Todas las Políticas (transversalidad, enfoque intersectorial integral), de manera que la promoción de la equidad en salud no sería responsabilidad únicamente del sector de la salud, sino que hay que actuar en todos los sectores y niveles de gobierno, pues las políticas de otros sectores (educación, vivienda, empleo, medio ambiente, etc.) pueden tener incidencia en la salud.

Desde este punto de vista, la equidad en salud es indivisible e inseparable de la justicia social en su conjunto. Asegurar la justicia social es un componente indispensable de cualquier esfuerzo por alcanzar la equidad en salud. Justicia social que exige abordar conjuntamente las cuestiones de la distribución y del reconocimiento.

Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

⁸⁰ ‘Health equity’ en la versión inglesa del texto. ‘Equidad sanitaria’ en la traducción española que, como antes he indicado, altera el sentido originario de la preocupación por la equidad en salud (*health equity*).

⁸¹ Asamblea Mundial de la Salud, *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, 22 de mayo de 2009. Resolución WHA 62.14

⁸² Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*, Río de Janeiro (Brasil), 21 de octubre de 2011, párr. 1.

De acuerdo con este enfoque indirecto la equidad en salud implicaría no sólo el acceso universal a la atención sanitaria, sino también la actuación sobre otros condicionantes sociales de la salud no sanitarios que a su vez incluyen tanto las condiciones de vida y de trabajo y como las estructuras sociales que propician esas condiciones de vida y de trabajo desiguales. Los recursos necesarios para la salud (entendiendo por tales no solo la asistencia sanitaria, sino también las condiciones de vida y de trabajo, esto es los condicionantes sociales de la salud no sanitarios) deben ser distribuidos equitativamente. La equidad en salud tiene que ir más allá de la asistencia sanitaria. La justicia en la distribución de la riqueza, de las oportunidades y de los privilegios es una exigencia de la equidad en salud.

En el origen de este enfoque, como veíamos al principio, se encuentra la constatación de que el estado de salud de las poblaciones y en particular las desigualdades sociales en salud no dependen solo ni siquiera principalmente del acceso a los cuidados médicos, sino que otros factores sociales y económicos extra-sanitarios o no médicos ejercen un papel decisivo en particular en lo relativo a las circunstancias que hacen que las personas enfermen.

En esa línea, *The Black Report* publicado en 1980 constató el incremento de las desigualdades en cuanto a mortalidad entre las clases sociales en el Reino Unido en las décadas posteriores a la creación del Servicio Nacional de Salud en 1948 (*National Health Service*) que precisamente fue cuando se introdujo el acceso universal a la asistencia sanitaria⁸³.

De lo anterior cabe inferir que el acceso a un sistema sanitario de calidad tiene una capacidad explicativa limitada en relación con las desigualdades sociales en salud. Esta conclusión se ha visto confirmada por investigaciones posteriores que acreditan la persistencia de las desigualdades sociales en salud incluso en países que disponen de una atención sanitaria universal y de calidad⁸⁴.

Pero eso no debe llevarnos a olvidar que la cobertura sanitaria universal es una condición indispensable, aunque no suficiente, para alcanzar la

⁸³ D. BLACK, J. N. MORRIS, C. SMITH, P. TOWNSEND, M. WHITEHEAD, *Inequalities in health: the black report, the health divide*, Penguin, London, 1988.

⁸⁴ J. P. MACKENBACH, I. STIRBU, A. J. R. ROSKAM, *et al.*, "Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries", *The New England Journal of Medicine*, núm. 358, 2008, pp. 2468-81.

J. MACKENBACH, "The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox", *Social Science and Medicine*, núm. 75, 2012, pp. 761-769.

equidad en salud. Y en esa línea es importante destacar el intenso debate que suscitó en España el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que excluyó con carácter general del sistema sanitario público a las personas extranjeras en situación irregular.

Por otra parte, de acuerdo con una visión holística de los condicionantes sociales de la salud que abarcan no solo las condiciones de vida inmediatas y visibles de las personas, sino también los factores estructurales subyacentes, la equidad en salud requiere mejorar las condiciones de vida de los más desfavorecidos, pero para ello es necesario a su vez modificar las estructuras sociales que originan las desigualdades.

En esa línea las recomendaciones del Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud proponen no solo mejorar las condiciones de vida, sino también luchar contra la distribución no equitativa del poder, del dinero y de los recursos. Esa misma posición se mantiene en el Informe más reciente de la OMS sobre los determinantes sociales y la división en salud en la región europea de la OMS cuyas recomendaciones, además de respaldar los enfoques centrados en la cobertura sanitaria universal y la promoción de las conductas saludables, van más allá y se extienden a ‘las causas de las causas’: las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven trabajan y envejecen, pero también las inequidades en poder, dinero y recursos que son las que originan las desigualdades en las condiciones de vida⁸⁵. En última instancia el objetivo es pues redistribuir la renta y la riqueza y crear sociedades más igualitarias.

Esa es la posición institucional de la OMS, basada en los estudios y en los datos recopilados por Marmot y Wilkinson para quienes las sociedades no igualitarias son también menos saludables⁸⁶. Sin embargo, Evans y Stoddart

⁸⁵ World Health Organization (Regional Office for Europe), *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Updated Reprint*, World Health Organization, Copenhagen, 2014, xviii: “One response to addressing health inequities open to all is to ensure universal coverage of health care. Another is to focus on behaviour –smoking, diet and alcohol– that cause much of these health inequities but are also socially determined. The review endorses both these responses. But the review recommendations extend further –to the causes of the causes: the conditions in which people are born, grow, live, work and age and inequities in power, money and resources that give rise to them”.

⁸⁶ RG.WILKINSON, “Income distribution and life expectancy”, *BMJ*, 1992, 304, pp. 165-168; Id., “The epidemiological transition: from material scarcity to social disadventa-

destacan que la cuestión acerca de la incidencia en la salud no ya del nivel de rentas o de riqueza, sino de la distribución de las mismas es una cuestión debatida y acerca de la cual existen datos contradictorios. Diversos estudios llevados a cabo en EE. UU. aportan datos que confirman la tesis de Wilkinson⁸⁷. Asimismo la comparación entre Canadá y EE. UU. refuerza los hallazgos de Wilkinson. Sin embargo, la correlación planteada por él entre desigualdad y mortalidad no se produciría en el interior de Canadá⁸⁸, ni tampoco en un amplio grupo de países de la OCDE⁸⁹. Por lo demás, la relación interregional en Australia y en Suecia entre desigualdad y mortalidad arroja resultados similares a los de Canadá, mientras que la comparación entre ciudades del Reino Unido proporciona resultados semejantes a los de EE. UU. Evans y Stoddart concluyen que la relación entre renta y salud o por el contrario entre desigualdad y salud dependen en buena medida del contexto social y cultural en el que se experimentan las desigualdades de rentas. La correlación entre desigualdad económica y mortalidad no atraviesa la frontera de Canadá, porque Canadá (como muchas otras sociedades avanzadas) cuenta con muchos más programas públicos y estructuras reguladoras: sistema sanitario y educativo de alta calidad, salario mínimo, seguros de desempleo, mayores derechos laborales. Estos elementos protegen a los individuos frente a la vulnerabilidad y hacen que sus oportunidades de vida dependan menos de sus circunstancias económicas⁹⁰.

Por otra parte, junto a la distribución, el reconocimiento es también una cuestión de justicia social. Las condiciones que nieguen la equidad en la par-

ge?", *Daedalus*, núm. 123, 1994, pp. 61-78; Id., *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Routledge, London, 1996.

⁸⁷ G.A. KAPLAN, E.R. PAMUK, J.W. LYNCH, *et al.*, "Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways", *BMJ*, vol. 312, 1996, pp. 999-1003; B.P. KENNEDY, I. KAWACHI, D. PROTHROW-STITH, "Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States", *BMJ*, vol. 312, 1996, pp. 1004-1007; y J.W. LYNCH, G.A. KAPLAN, E.R. PAMUK, *et al.*, "Income inequality and mortality in metropolitan areas in the United States", *Am J Public Health*, núm. 88, 1998, pp. 1074-1080.

⁸⁸ N.A. ROSS, M.C. WOLFSON, J.R. DUNN *et al.*, "Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: cross sectional assessment using census data and vital statistics", *BMJ*, núm. 320, 2000, pp. 898-902.

⁸⁹ J.W. LYNCH, G. DAVEY SMITH, M. HILLEMEIER, *et al.*, "Income inequality, the psycho-social environment, and health: comparisons of wealthy nations", *Lancet*, vol. 358, 2001, pp. 194-200.

⁹⁰ R.G. EVANS y G. L. STODDART, "Consuming Research, Producing Policy?", *American Journal of Public Health*, *cit.*, p. 375.

ticipación social son injustas y han de ser eliminadas⁹¹. El reconocimiento se vincula así con la exigencia normativa de paridad participativa, que actúa como criterio normativo de evaluación de las injusticias⁹². Es más, “el reconocimiento debe ser previo a la distribución y tal precedencia mejora la justificación de la distribución, pues posibilita la inclusión de todos en la determinación deliberativa de las condiciones de la justicia en salud”⁹³. En esta línea, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General número 14, incluye dentro del contenido normativo del derecho a la salud del art. 12 del PICESC “la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional” (párr. 11).

La equidad en la participación puede contribuir a evitar perpetuar los sentimientos de exclusión de los más vulnerables y a generar confianza⁹⁴. En el Informe de la *American Public Health Association* de 2015⁹⁵ se narra una historia muy significativa en este sentido. El Departamento de Salud del Condado de Multomah en Oregon elaboró un programa para disminuir las tasas de problemas perinatales (nacimientos prematuros y mortalidad infantil) en las comunidades nativas. Pero la desconfianza de las comunidades resultó ser un obstáculo para la implementación del programa. En esas circunstancias, los funcionarios abandonaron su agenda predeterminada y optaron por escuchar a las comunidades y por entablar un diálogo abierto y honesto acerca del papel del gobierno en el mantenimiento de las desigualdades. El resultado fue un nuevo proyecto, esta vez comunitario, que se puso en marcha en 2011: *Future Generations Collaborative*, en el cual el reconocimiento del papel de la opresión y de los traumas históricos es esencial para llevar adelante intervenciones efectivas en salud.

⁹¹ N. FRASER, “La justicia social en la era de la identidad: Redistribución, reconocimiento y participación”, en N. FRASER y A. HONNETH, *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate filosófico-político*, trad. de Pablo Manzano, Morata-Fundación Paideia Galiza, Madrid-A Coruña, 2006, pp. 36-39 y 51.

⁹² N. FRASER, *Escalas de justicia*, trad. de Antoni Martínez Riu, Herder, Barcelona, 2008, pp. 39 y 117.

⁹³ J. A. SEOANE, “El derecho a una capacidad de salud segura”, cit., p. 49.

⁹⁴ G. BENJAMIN, “Health Equity and Social Justice: A Health Improvement Tool”, *Views from the field*, May 19, 2015.

⁹⁵ American Public Health Association (APHA). *Better Health through Equity: Case Studies in Reframing Public Health Work*. Washington, DC: March 2015. Disponible en: http://www.apha.org/~media/files/pdf/topics/equity/equity_stories.ashx.

3. CONCLUSIONES

El reconocimiento de que sobre la salud y la enfermedad influyen factores sociales de diverso tipo (acceso a la asistencia sanitaria, condiciones de vida y de trabajo, estructuras sociales subyacentes, etc.) es el contexto en el que se plantea la cuestión de la equidad en salud (*health equity*) que va más allá de la mera equidad sanitaria o equidad en el acceso a la atención médica.

A su vez esta cuestión de la equidad en salud alcanza la mayor relevancia ética, política y jurídica en la medida en que la salud como objeto del derecho a la protección de la salud no se reduce a la ausencia de enfermedad, sino que aparece como una capacidad humana básica y, lo que es más, como una meta capacidad o capacidad global (*overarching capability*) que nos habilita para alcanzar un conjunto de capacidades y funcionamientos básicos o vitales interrelacionados, entre otras la capacidad de participar plenamente en la fuerza de trabajo y en el proceso político democrático.

La equidad exige actuar sobre las desigualdades *sociales* en salud que afectan a los grupos socialmente desaventajados y originadas presuntamente por factores sociales, incluidas aquellas desigualdades que tengan su origen inmediato en conductas perjudiciales para la salud fuertemente condicionadas socialmente. Junto a ello la equidad en salud exigiría también corregir, mitigar o compensar los efectos de las desigualdades *naturales* pues en la medida en que estas desigualdades se puedan 'remediar', esto es, en cuanto sean susceptibles de intervención adquieren relevancia social.

La equidad en salud es en sí misma un aspecto de la justicia social que consistiría en reducir (y en última instancia eliminar) las disparidades en salud a través de la mejora de la salud de los socialmente desaventajados. Pero además se encuentra integrada e interrelacionada con el objetivo general de búsqueda de la justicia social, y con los demás aspectos de la misma en los ámbitos socio-económico, de la educación, el empleo, la vivienda, el medio ambiente, el reconocimiento y la participación, etc. Así este enfoque indirecto de la equidad en salud implica una visión de la justicia social como un todo indivisible cuyos diversos componentes son interdependientes, complementarios e inseparables entre sí. Y esa indivisibilidad se da tanto en un sentido negativo (la injusticia en un determinado ámbito conlleva la inequidad en otros), como en un sentido positivo (las exigencias de la justicia social –que abarcan la distribución y el reconocimiento– sólo pueden satisfacerse de forma adecuada conjuntamente). Este planteamiento acerca de la justicia

conecta con la llamada indivisibilidad o integridad de los derechos humanos, en cuya virtud los derechos son interdependientes y complementarios entre sí y sólo pueden realizarse de forma adecuada conjuntamente. No cabe 'racionarlos', pues el ser humano los necesita todos. Todos son indispensables para la realización del ser humano en su entorno social.

ENCARNACIÓN FERNÁNDEZ RUIZ-GÁLVEZ
Departamento de Filosofía del Derecho y Política
Facultad de Derecho
Campus de Tarongers
Universitat de València
46071 Valencia
e-mail: efernand@uv.es