

## LOS DESAFÍOS DEL DERECHO A LA SALUD: JUSTICIA Y CONDICIONES SOCIALES DE LA SALUD\*

Carlos LEMA AÑÓN\*\*

SUMARIO: I. *La positividad del derecho a la salud... y sus implicaciones.* II. *Salud y derechos humanos.* III. *Salud y desigualdad social.* IV. *Los condicionantes sociales de la salud.* V. *Diferencias en salud y desigualdades injustas.*

### I. LA POSITIVIDAD DEL DERECHO A LA SALUD... Y SUS IMPLICACIONES

Desde un punto de vista histórico, la afirmación de un derecho a la protección de la salud en las Constituciones y en los instrumentos internacionales de derechos humanos se produce en fechas relativamente tardías. En el clásico Estado liberal decimonónico, el Estado se desentendía de la protección de la salud de los individuos y únicamente se ocupaba globalmente de la salud pública (saneamiento, epidemias, etcétera). Las personas accedían a las atenciones médicas según su capacidad para pagarlas, lo que suponía la virtual exclusión de la mayoría de la población de los cuidados médicos o de una atención mínima. Las únicas medidas de protección general pasaban por medidas de “beneficencia”, bien por parte del Estado o bien privadas.

Por contraste, uno de los aspectos destacados de las políticas del “Estado social” ha sido la participación del Estado en la promoción y protección de la salud de la población, mediante la extensión de sistemas públicos de salud y mediante el progresivo reconocimiento y positivación de un derecho a la protección de la salud. El derecho a la protección de la salud —así como otra serie de derechos conexos— será recogido tanto en las Constituciones

---

\* Este trabajo se enmarca dentro del Proyecto Consolider-Ingenio 2010, “El tiempo de los derechos”, CSD2008-00007, [carlos.leva@uc3m.es](mailto:carlos.leva@uc3m.es).

\*\* Profesor titular de filosofía del derecho, Universidad de Carlos III de Madrid, España.

como en distintas declaraciones de derechos. Su vinculación histórica como derecho social, y además muy conectado con la llamada “cuestión social”, se pone de manifiesto en los primeros textos constitucionales que lo recogen, que son los de México (1917), la Constitución alemana de Weimar (1919) y la Constitución republicana española (1931).<sup>3</sup> A nivel internacional, su reconocimiento se produce a partir del fin de la Segunda Guerra Mundial, en las distintas declaraciones promovidas sobre todo en el marco de la ONU, especialmente en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.<sup>4</sup> También hay que destacar el hito de la creación en 1946 de la Organización Mundial de la Salud. En la actualidad, 103 Estados incluyen en sus Constituciones el reconocimiento del derecho a la salud, 83 han ratificado tratados de carácter regional que incluyen este derecho y 142 han ratificado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.<sup>5</sup>

Aunque el contenido, el alcance y la propia justificación del derecho a la salud son asuntos controvertidos, y los sistemas institucionales y la implicación de los poderes públicos en su protección son variadas, en cambio, ya no se puede negar —de acuerdo con estos estándares internacionales— que los Estados tienen deberes concretos en relación con este derecho, y que no pueden simplemente desentenderse de la cuestión de la salud de las poblaciones.<sup>6</sup>

Ahora bien, la historia y el contenido del derecho a la salud no se pueden reconstruir adecuadamente si ponemos nuestra mirada únicamente en los aspectos jurídicos, políticos o institucionales. Es necesario hacer al menos alguna referencia a lo que podríamos llamar la historia de la salud y la enfermedad, que no es lo mismo, aunque se halla evidentemente rela-

---

<sup>3</sup> Así, el artículo 4o. de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos (1917) establece, entre otros aspectos, que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

<sup>4</sup> La primera referencia a nivel internacional aparece en el artículo 55 de la Carta de las Naciones Unidas.

<sup>5</sup> World Health Organization, *25 Questions and Answers on Health and Human Rights*, Ginebra, Health and Human Rights Publication Series Issue núm. 1, 2002, p. 12.

<sup>6</sup> Véase en este sentido, ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. E/C.12/2000/4, Observación general núm. 14, 2000. (Es también relevante la resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2003/28 sobre “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud posible”).

cionada con la historia de la medicina,<sup>7</sup> y en particular a cómo ésta se desarrolla desde el siglo XX. Históricamente, el desarrollo de las relaciones entre salud y enfermedad tiene fuertemente cultural (o político-cultural); es decir, aquella que se ocuparía de la historia de la construcción social de la salud y de la enfermedad, y de cómo estas construcciones sociales operan activamente.<sup>8</sup> Pero además de esta vertiente, hay otro enfoque de carácter más material que relaciona la salud y la enfermedad en función de cómo los seres humanos organizan su existencia y sus relaciones con la naturaleza. Dentro de este orden de consideraciones, G. Berlinguer propuso el concepto de “salud global” para caracterizar un momento en el que la salud, que ciertamente tiene una dimensión individual, alcanza unas dimensiones y problemas que abarcan a toda la humanidad. También en cuestiones de salud y enfermedad la humanidad está fuertemente vinculada desde un punto de vista material.<sup>9</sup> Paradójicamente, en un momento en el que se enfatiza la globalización de muchos aspectos de la vida y las sociedades, y que existe una amplia bibliografía sobre este tópico, se ha prestado relativamente poca atención a la globalización de la salud, y más al deterioro que la globalización neoliberal supone para la salud global.<sup>10</sup> La globalización de la salud y de la enfermedad es también la “globalización de los riesgos” de salud, de nuevo con la terminología de Berlinguer, que se agrupan en cuatro campos: el recrudecimiento de viejas infecciones y la aparición de nuevas, las implicaciones para la salud de la degradación ambiental, la mundialización de las drogas y, finalmente, la violencia.<sup>11</sup>

Si la globalización de las enfermedades, es decir, la difusión de los mismos cuadros patológicos en diferentes lugares del mundo, tuvo lugar a comienzos de la edad moderna, no fue hasta el siglo XIX cuando se dieron pasos significativos en la medicina científica, tanto en la identificación de las causa de las enfermedades como en la de sus remedios preventivos y

---

<sup>7</sup> La historia de la medicina es una disciplina académica completa, pero puede verse en general Bynum, W. F. y Porter, R. (eds.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Londres-Nueva York, Routledge, 1993.

<sup>8</sup> Caplan, A. L. et al. (eds.), *Health, Disease, Illness, Concepts in Medicine*, Washington, Georgetown University Press, 2004. En este volumen se pueden encontrar ejemplos de medicalización de comportamientos desviados como forma de control social, o de cómo —al contrario— la construcción médica y social de la enfermedad lleva a negar en algunos casos como no existente o como psicósomática la experiencia de los propios enfermos.

<sup>9</sup> Berlinguer, G., “La salud global”, *Bioética cotidiana*, México, Siglo XXI, 2002, pp. 175-229.

<sup>10</sup> Farmer, P., *Pathologies of Power. Health, Human Rights and the New War on the Poor*, Berkeley, University of California Press, 2003.

<sup>11</sup> Berlinguer, G., *Bioética cotidiana*, cit., p. 191.

terapéuticos. Pero una de las lecciones fundamentales que nos deja este proceso histórico es que al lado de estos conocimientos y de la introducción de sueros y vacunas, fueron sin duda las mejoras en el saneamiento urbano, la limitación de la jornada laboral o al trabajo infantil las que produjeron los resultados más importantes en la lucha contra la enfermedad.

A la inversa, se puede constatar que las mayores fuentes de vulneración del derecho a la salud están fuertemente relacionadas con la vulneración de otros derechos conectados con la salud. En realidad, se podría constatar que en el caso del derecho a la salud el abismo entre el derecho proclamado y los hechos es seguramente uno de los más amplios que podemos encontrar en el catálogo de derechos humanos, a pesar de que nunca como hoy se contó con tanto conocimiento, con tantos medios y con tanta posibilidad de prevenir y curar enfermedades. Aunque el problema es conocido, no es inoportuno recordar algunas cifras. Alrededor de dieciocho millones de personas mueren anualmente por enfermedades curables y un tercio de la humanidad muere prematuramente por causas relacionadas con la pobreza. Si atendemos a un indicador como es la esperanza de vida al nacer, ésta es superior a los ochenta años en países como Australia, Japón, Suecia o Suiza, pero es de menos de cuarenta años en países como Malawi, Sierra Leona o Zimbawe, al tiempo que suman veintiocho los países en los que la esperanza de vida es menor de cincuenta años.<sup>12</sup>

Sin duda la causa más importante de estas muertes es la pobreza, pues la práctica totalidad de la mortalidad y la morbilidad evitable se producen en países pobres y entre sus habitantes más pobres. En esta medida, la lucha por el respeto al derecho a la salud está ampliamente vinculada con la lucha contra la pobreza y la desigualdad. Por eso hay dos estrategias distintas para atacar este problema: o bien las enfocadas hacia la erradicación de la pobreza extrema, o bien las orientadas a asegurar el acceso universal a tratamientos médicos, tanto preventivos como curativos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que estas estrategias pueden ser complementarias, puesto que la erradicación de la pobreza extrema reduciría enormemente la incidencia global de muchas enfermedades, al tiempo que un mejor acceso a las medicinas esenciales reduciría la pobreza extrema permitiendo a los pobres trabajar y organizarse para su avance económico.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> PNUD, *Informe sobre desarrollo humano 2005*, Barcelona, Mundiprensa, 2005, disponible en <http://hdr.undp.org/reports/global/2005/espanol/>.

<sup>13</sup> Pogge, Th., "Human Rights and Global Health: A Research Programme", *Metaphilosophy*, vol. 36, núms. 1 y 2, 2005, pp. 183 y 184. Sobre esta cuestión véase también, Daniels, N., Kennedy, B. y Kawachi, I., "Justice is Good for Our Health", *Boston Review*, vol. 25, núm. 1, 2000, y especialmente Wilkinson, R. G., *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*, Londres,

## II. SALUD Y DERECHOS HUMANOS

Ocurre con el derecho a la salud, como por otra parte con otros derechos sociales, que su contenido está más o menos claro según la perspectiva que se adopte. Así, es diferente si lo examinamos desde la perspectiva de los textos y documentos emanados de los organismos internacionales, que si lo examinamos desde la perspectiva teórica de los juristas y de los filósofos políticos. Aunque pudiera parecer lo contrario, en la primera de las perspectivas aparece todo más claro y menos discutido (cuestión diferente es si descendemos al derecho realmente aplicado en los diferentes países o a las decisiones de los tribunales), mientras que para juristas y filósofos pareciera que nos adentrásemos en terrenos especialmente pantanosos y difusos. Efectivamente, la discusión filosófica de fundamentación del derecho a la salud y las relaciones entre salud y justicia social se deslizan hacia complejas discusiones en torno a la influencia de los estilos de vida y la responsabilidad individual sobre el estado de salud, así como sobre la influencia y relevancia de la suerte genética en la condición de salud de las personas. Aunque algunas de estas discusiones puedan ser pertinentes, el énfasis exclusivo en la responsabilidad individual y en la suerte genética aparece como una aproximación muy parcial, y que contribuye a enmascarar las injusticias en la distribución social de la salud y de la enfermedad, que debería ser el punto de partida de la discusión filosófica.<sup>14</sup>

---

Routledge, 1996. Las dificultades para el acceso a las medicinas y tratamientos médicos esenciales es una realidad que se puede constatar a nivel mundial, pues un tercio de la población mundial no tiene en absoluto acceso a medicinas esenciales. Esto se hace patente ya desde el diseño de las prioridades de la investigación biomédicas. El hecho de que estas prioridades vengan definidas por lógicas de mercado antes que por criterios de justicia o de necesidades de políticas de salud tienen como resultado que el 95% del dinero gastado en investigación biomédica en el mundo se destine a enfermedades que se dan casi exclusivamente en países desarrollados y que sólo representan el 7% de la carga total de morbilidad y muerte. Incluso cuando los medicamentos que curan las enfermedades más prevalentes han sido desarrollados, no están disponibles para quienes los necesitan. El sistema actual de patentes (TRIP), basado en los acuerdos de la Organización Mundial del Comercio de 1994, ha establecido una protección muy alta de los derechos de propiedad sobre los desarrollos farmacéuticos y el saber médico, hasta generarse un régimen de práctico monopolio, que dificulta el acceso incluso a los medicamentos esenciales, lo que genera un sistema extremadamente injusto.

<sup>14</sup> Brian Barry supone una destacada excepción sobre cómo desde la filosofía política las consideraciones empíricas son absolutamente relevantes para enfocar correctamente las cuestiones de justicia social: “Las apelaciones a la «responsabilidad personal» son el último grito entre los líderes políticos, y las desigualdades se atribuyen a las diferentes elecciones que hacen las distintas personas: los que tienen éxito es porque han realizado las elecciones que reflejan sus méritos personales, mientras que a los que le va mal es porque han realizado elecciones que reflejan sus defectos personales. Mostraré que sólo una pequeñísima parte de las desigualdades que existen actualmente pueden explicarse de esta forma, y que las elecciones son socialmente

Y es que si nos desplazamos fuera de determinados discursos académicos, no tendría que ser muy difícil ver las intensas relaciones que existen entre la salud de las personas, la justicia social y los derechos humanos. Como tampoco tendría que serlo el comprobar las también intensas aunque intrincadas relaciones entre la salud y los derechos humanos: con la mayoría de los derechos humanos y no sólo con el derecho a la protección de la salud, entendido como derecho a la asistencia sanitaria. Algunas de estas relaciones son tan obvias que no parecería necesario detenerse demasiado en ellas, como es la relación entre la salud y la pobreza, a la que ya hemos hecho referencia.

Sin embargo, la conexión entre la pobreza extrema y la mortalidad y la morbilidad no es el único ejemplo meridiano y bien conocido de las relaciones entre salud, justicia social y derechos humanos. Los propios resultados de la expansión de los sistemas públicos de salud mediante el progresivo reconocimiento y positivación del derecho a la protección de la salud resultan a su vez ejemplos claros. Si bien es discutible el peso relativo que la extensión universal de la atención médica tiene en la mejora de la salud de las poblaciones, hay que destacar otro papel que cumple esta expansión, como es su carácter redistributivo. Entiéndase bien que no se trata de oponer, más bien al contrario, una cosa a la otra y que reconocer —con los datos de que disponemos— que la extensión de la atención médica no sea la responsable principal de las reducciones históricas de la mortalidad y la morbilidad, no significa negar su contribución a ello ni la pertinencia de estas políticas en términos de mejora de la salud. De lo que se trata aquí es de destacar un aspecto menos conocido y menos inmediato al sentido común, como es la relación entre la expansión de los beneficiados por los sistemas públicos sanitarios y de las prestaciones de los mismos con la redistribución de la riqueza y el poder social. Como ha destacado V. Navarro, la atención sanitaria tiene un efecto redistribuidor y equilibrador más fuerte que las transferencias sociales y la educación, que tradicionalmente se supone que son las políticas públicas más redistributivas.<sup>15</sup>

Por último, las relaciones entre salud y derechos humanos se vinculan con la idea no sólo de que el derecho a la protección de la salud no se ha de

---

obligados de una forma que es simplemente pasada por alto por aquellos que siempre están dando la lata con lo de las responsabilidades personales” (Barry, B., *Why Social Justice Matters*, Cambridge, Polity Press, 2005, preface, pp. VII y VIII). Y así lo hace en el capítulo que dedica a la salud, centrado en una consideración de las implicaciones de tales condicionantes sociales de la salud.

<sup>15</sup> Navarro, V., “El derecho a la protección de la salud”, *Derechos y Libertades. Revista del Instituto Bartolomé de las Casas*, núm. 6, 1998, p. 139.

reducir a un derecho a la asistencia sanitaria, sino de que existe una relación entre la propia efectividad del derecho a la protección de la salud con otros derechos humanos. Así, el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de Naciones Unidas ha incidido en la relación entre salud y derechos humanos afirmando que el derecho a la salud

...está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Estos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.<sup>16</sup>

Sin embargo, las conexiones empíricas entre justicia social y salud aun son más complejas que las obvias que hemos señalado. Fundamentalmente, existe un vínculo entre desigualdad social y diferencias de salud que va más allá de la relación entre pobreza y carencias de salud. Por eso, se puede decir sin exageración que la desigualdad es el principal problema de salud pública<sup>17</sup> y que la injusticia social es mala para la salud.<sup>18</sup>

### III. SALUD Y DESIGUALDAD SOCIAL

No puede sorprender a nadie que existe una vinculación entre la pobreza y la salud, en el sentido de que la pobreza extrema supone una disminución radical de la esperanza de vida y genera una enorme mortalidad y morbilidad. Pero si esto es conocido, resulta más sorprendente en cambio la conexión que se da entre carencias de salud y desigualdad social, no necesariamente vinculada a la pobreza extrema. En efecto, existe un importante vínculo entre desigualdad social y diferencias de salud, que es independiente de la pobreza. Es cierto que las diferencias de salud entre países ricos y pobres pueden ser explicadas en términos de factores materiales directamente relacionados con la carencia de recursos. No obstante, las importantes diferencias de salud al

---

<sup>16</sup> ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. E/C.12/2000/4, Observación general núm. 14, 2000.

<sup>17</sup> Cohen, J. y Rogers, J., "Editor's Preface", en Cohen, J. y Rogers, J. (eds.), *Is Inequality bad for our health?*, Boston, Beacon Press, 2000, p. XIX.

<sup>18</sup> Daniels, N. et al., "Justice is Good for our Health", en Cohen, J. y Rogers, J. (eds.), *Is Inequality bad for our health?*, Boston, Beacon Press, 2000.

interior de cada uno de los países, incluso al interior de países desarrollados, no pueden ser explicadas por factores debidos directamente a carencias materiales. La prueba de ello es que la diferencia de recursos entre países ricos y pobres es tan grande que incluso las personas que están en la peor situación social en los países desarrollados pueden ser más ricas en términos absolutos que grandes mayorías en los países pobres, y sin embargo tener peores resultados de salud. Esto significa que son factores sociales no vinculados directamente con los recursos de que se disponen en términos absolutos los que marcan una correlación entre la salud y la posición social, de forma que son las desigualdades intrasociales los factores más relevantes, por encima incluso de las carencias materiales. Así, los estudios que se han hecho muestran que, en igualdad de condiciones, los países con mayores grados de desigualdad económica tienen mayores desigualdades en los resultados de salud, así como que los sectores con ingresos medios en sociedades relativamente desiguales tienen peor situación de salud que grupos incluso más pobres, pero que viven en sociedades menos desiguales.<sup>19</sup> Resumidamente: en el mundo desarrollado, no son los países más ricos los que tienen mejor salud, sino los más igualitarios,<sup>20</sup> por lo que parece que la desigualdad es mala para la salud. Por mencionar un dato significativo, entre los norteamericanos la esperanza de vida de las personas que están entre el 5% más rico, es de nada menos que nueve años superior respecto a los que están entre el 10% de ingresos más bajos. La distribución intrasocial de la salud y la enfermedad y la longevidad dependen de factores como los ingresos relativos, la estigmatización racial y étnica, autonomía o poder y de otros aspectos de la estructura básica de la sociedad;<sup>21</sup> en definitiva, tienen que ver con la igualdad y la desigualdad.

Resulta incluso más sorprendente el hecho de que el acceso universal a la protección de la salud, allí donde se ha establecido, no necesariamente ha logrado romper el vínculo entre la posición social y la salud.<sup>22</sup> Estos hechos, tanto la vinculación entre el estado de salud y la posición social, como el hecho de que un sistema de salud universal no lograra revertir esa situación, fueron puestos de manifiesto por primera vez con la publicación del llamado *Black Report*.<sup>23</sup> Este informe oficial fue publicado en Gran Bretaña en 1980 (con datos para Inglaterra y Gales entre los años cincuenta y setenta), y en él se mostraba que la esperanza de vida estaba fuertemente vinculada con la

---

<sup>19</sup> *Ibidem*, p. 3.

<sup>20</sup> Wilkinson, G., *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*, *cit.*, p. 3.

<sup>21</sup> Barry, B., *Why social justice matters*, *cit.*, p. 70.

<sup>22</sup> Daniels, N. *et al.*, "Justice is Good for our Health", *cit.*, p. 3.

<sup>23</sup> Bartley, M., *Health inequality. An Introduction to Theories, Concepts and Methods*, Cambridge, Polity Press, 2004, p. 8.



posición económica y social; esto es, con la diferencia de clases sociales y la pertenencia a las mismas. En el momento de su publicación este informe fue sorprendente, ya que se consideraba que a finales del siglo XX lo relevante en una sociedad como la británica eran las enfermedades de la abundancia; por ejemplo, las enfermedades coronarias vinculadas a una dieta rica y a un estilo de vida sedentario. Pero además era sorprendente porque cuando se publicó el Black Report los británicos habían tenido durante más de treinta años un servicio nacional de salud que daba un acceso universal financiado con impuestos. Estaba entonces en juego la propia efectividad del sistema. Y además era llamativo no sólo que existieran desigualdades, sino que parecían haberse incrementado incluso en esos años en los que se contaba con este servicio. Como quiera que sea, parece que la salud de las personas no se ve afectada sólo por la facilidad de acceso a la atención sanitaria, sino también por su posición social y por el grado de desigualdad social que existe.

El reconocimiento de la existencia de determinantes sociales de la salud tiene consecuencias tanto desde el punto de vista teórico como desde el punto de vista práctico. A efectos de la consideración del derecho a la salud, parece claro que avala la postura que ya hemos mencionado de que este derecho no puede ser identificado meramente como un derecho a la asistencia sanitaria. Desde el punto de vista práctico también tiene sus consecuencias: el interés en reducir las desigualdades socioeconómicas, además de ser bueno desde un punto de vista igualitario, también es bueno desde el punto de vista de la salud, así como desde la igualdad en salud. En términos prácticos, por ejemplo, Daniels, Kennedy y Kawachi han concluido que los esfuerzos por mejorar la salud no deben centrarse simplemente en el sector sanitario.<sup>24</sup> Pero este es un asunto controvertido, ya que se ha objetado que incluso si estos autores tienen razón, parece más fácil mejorar el acceso a la protección de la salud que mejorar la igualdad (por lo que en un planteamiento como éste lo mejor sería enemigo de lo bueno).<sup>25</sup> Esto es ya una cuestión

---

<sup>24</sup> Daniels, N. *et al.*, “Justice is Good for our Health”, *cit.*, p. 3.

<sup>25</sup> Cohen, J. y Rogers, J. “Editor’s Preface”, *cit.*, p. XX, y en el mismo volumen, Marmot, T., “Policy Options”, p. 58. En realidad, estos autores lo que proponen no es “ignorar las reformas en los servicios médicos y el sector sanitario porque otras medidas darían mejores resultados a largo plazo. Incluso si existiera una distribución sumamente justa de los determinantes sociales de la salud y de las medidas de salud pública, la gente seguiría enfermando y necesitando servicios médicos... No estamos proponiendo, entonces, que nuestra sociedad debería inmediatamente redistribuir los recursos destinados a la salud y dedicarlos a la educación, por ejemplo, con la esperanza y la perspectiva de que una población mejor educada también fuera más sana. Pero estos argumentos sugieren que sí está justificado realizar ciertas redistribuciones de los recursos para mejorar los determinantes sociales de la salud” (Daniels, N. *et al.*, “Justice is Good for our Health”, *cit.*, pp. 24 y 25).

práctica, pero se resuelva del modo que sea, e incluso si en términos puramente prácticos se concluye que centrarse en la atención sanitaria es una opción más realista en el corto plazo, tal estrategia habrá que argumentarla desde un conocimiento de sus limitaciones; es decir, desde el reconocimiento de que se está funcionando desde un punto de vista reduccionista cuya justificación puede ser únicamente práctica, pero no de principio.

#### IV. LOS CONDICIONANTES SOCIALES DE LA SALUD

Existen una enorme cantidad de evidencias empíricas que muestran que la pobreza, la pobre calidad de vida y las desigualdades de riqueza son las principales causas de mortalidad y morbilidad.<sup>26</sup> En realidad, los fundamentos de la salud incluyen cosas como la comida adecuada, el agua potable, el abrigo, la seguridad, etcétera. Estos fundamentos tienen un efecto a largo plazo sobre la salud (mucho más importante, por consiguiente, que las actividades del sistema sanitario). Estos condicionantes sociales están conectados con los fundamentos de la existencia, como la calidad y el acceso a la vivienda, el nivel de empleo y seguridad en el trabajo, el nivel de ingresos, la calidad y seguridad del transporte, la educación, los servicios sociales, las tasas de delincuencia, la calidad del aire y agua, las formas de desarrollo económico, el racismo, la igualdad política, etcétera. A pesar de todo ello, los debates públicos y los medios de comunicación parecen centrarse en la salud del individuo, en la asistencia sanitaria, en los comportamientos y estilos de vida en los desarrollos en la investigación médica de vanguardia, como si éstos fueran los factores más relevantes.

Pero ¿qué podemos decir sobre la forma en que operan los condicionantes sociales de la salud? Examinemos sumariamente algunas evidencias.

*Las diferencias de salud entre distintas poblaciones son enormes.* Ya hemos mencionado que la esperanza de vida al nacer en algunos países como Japón o Suecia es bastante superior a los ochenta años, mientras que en países como Malawi o Sierra Leona es inferior a cuarenta años. Sin embargo, incluso en el interior de una misma sociedad puede ser también muy grande: en Gran Bretaña, por ejemplo, los profesionales y directivos tienen casi diez años más de esperanza de vida que los trabajadores manuales.<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> Hofrichter, R., "The Politics of Health Inequities. Contested Terrain", en Hofrichter, R. (ed.), *Health and Social Justice. Politics, Ideology, an Inequity in the Distribution of Disease*, San Francisco, Jossey-Bass, 2000, p. 4.

<sup>27</sup> Benach, J. y Muntaner, C., *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*, Barcelona, El Viejo Topo, 2005, p. 52.

*La riqueza y la pobreza de los países es importante, pero sólo hasta un umbral.* Efectivamente, si atendemos a indicadores de salud, como la esperanza de vida, hay una relación entre la riqueza de un país y la esperanza de vida, de forma que si un país o una región se desarrolla económicamente, aumenta la esperanza de vida (y viceversa). Pero la correlación entre riqueza medida según el PIB per cápita y esperanza de vida se mantiene sólo hasta un umbral (en torno a los 8,000-10,000 dólares), aunque más allá de este umbral el aumento de riqueza no se traduce en un aumento de esperanza de vida (figura 1).<sup>28</sup> Más allá de este umbral, otros factores diferentes de la riqueza son los que determinan las diferencias en la esperanza de vida.<sup>29</sup>

*Una vez superado ese umbral, la existencia de desigualdades intrasociales parece ser significativo para las diferencias de salud entre países.* Si las diferencias de salud entre países ricos y pobres podrían venir explicadas por factores materiales relativos a la ausencia de recursos, una vez superado un cierto umbral —y claramente entre los países desarrollados, pero esto también es cierto para los países semiperiféricos— no son los países más ricos sino los más igualitarios los que tienen mejor salud.<sup>30</sup>

*Por encima de ese umbral, la existencia de desigualdades intrasociales también se relaciona con la diferencia de salud en el interior de esa sociedad.* Efectivamente, las personas pobres de los países ricos tienen unas tasas de mortalidad y una esperanza de vida muy inferiores a las personas ricas. Sin embargo, la existencia de importantes diferencias de salud dentro de los países, incluso en los desarrollados, no podría explicarse por factores directamente materiales, en la medida en que la diferencia de recursos con los países pobres sigue siendo enorme, incluso para las personas peor situadas de los países ricos. Por el contrario, obedece a factores sociales que trazan una correlación entre la salud y la posición social, de forma que serían las desigualdades intrasociales los factores más relevantes.<sup>31</sup>

---

<sup>28</sup> G. Wilkinson identifica este umbral con la posibilidad de unos mínimos estándares de vida generalizados y con la llamada “transición epidemiológica”, que supone que las principales causas de muerte pasan de ser las enfermedades infecciosas para ser el cáncer y las enfermedades degenerativas (Wilkinson, G., *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*, cit., pp. 29-49).

<sup>29</sup> Daniels, N. et al., “Justice is Good for our Health”, cit., p. 8.

<sup>30</sup> Wilkinson, G., *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*, cit., p. 3; Daniels, N. et al., “Justice is Good for our Health”, cit., p. 10.

<sup>31</sup> Wilkinson, G., *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*, cit., p. 3. Aunque como veremos trata de un asunto controvertido, Wilkinson afirma que las razones tienen que ver con que las sociedades más igualitarias tienen una mayor cohesión social: tienen una vida comunitaria más intensa, el espacio público es social, el individualismo y los valores de mercado están limitados por la moral social, las personas se suelen integrar en actividades sociales y voluntarias, etcétera (p. 4).

*Las diferencias de salud no sólo se producen en los extremos, sino que se produce a lo largo de toda la escala social.* Es lo que se ha denominado la *gradiente socioeconómica*: en cada nivel social los resultados en términos de salud son mejores que en el nivel inferior, por lo que las diferencias de salud no es una cuestión de ricos y pobres, sino que se reproduce a lo largo de toda la escala socioeconómica.<sup>32</sup> La intensidad de esa escala parece depender también del nivel de desigualdades económicas de la sociedad de que se trate.

*La ciencia médica es responsable de sólo una pequeña parte del aumento de la esperanza de vida que se ha producido en las últimas décadas.* Durante el último siglo, la disminución en las tasas de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados se ha debido sobre todo a un descenso de las muertes por enfermedades infecciosas, pero lo más significativo de este descenso se ha producido aun antes de que la medicina contara con formas efectivas de tratamiento e inmunización.<sup>33</sup> Ello no significa que la medicina no sea efectiva: en este punto sólo significa que su eficacia llegó tarde como para hacer algo más que confirmar la tendencia.<sup>34</sup> Incluso en la actualidad, las estimaciones más generosas que se han realizado indican que el moderno esfuerzo médico terapéutico y preventivo habría añadido más bien poco: en los Estados Unidos apenas sería responsable de cinco años de los treinta años de aumento de esperanza de vida durante el siglo XX.<sup>35</sup> Como ya hemos mencionado, históricamente, los mayores avances en la salud se han debido a reformas sociales tales como la abolición del trabajo infantil, la reducción de la jornada laboral, la introducción de la seguridad social, la reducción de la pobreza, las mejoras en los estándares de vida, la seguridad alimentaria, etcétera.<sup>36</sup> Paralelamente, y en parte por esta razón, no hay una correlación entre la proporción del PIB destinado a sanidad y la esperanza de vida: entre los países de la OCDE, Japón es el que tiene una mayor esperanza de vida, y sin embargo la proporción de gasto en sanidad es más bien baja, mientras que Estados Unidos, que es de largo el país que gasta más, tiene unos resultados bastante mediocres en cuanto a esperanza de vida.<sup>37</sup>

<sup>32</sup> Daniels, N. *et al.*, “Justice is Good for our Health”, *cit.*, p. 11.

<sup>33</sup> Wilkinson, G., *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*, *cit.*, p. 30.

<sup>34</sup> *Ibidem*, p. 31.

<sup>35</sup> House, J. S. y Williams, D., “Understanding and Reducing Socioeconomic and Racial/Ethnic Disparities in Health”, en Hofrichter, R. (ed.), *Health and Social Justice. Politics, Ideology, an Inequity in the Distribution of Disease*, San Francisco, Jossey-Bass, 2000, p. 97.

<sup>36</sup> Hofrichter, R., “The Politics of Health Inequities. Contested terrain”, *cit.*, p. 2.

<sup>37</sup> Barry, B., *Why Social Justice Matters*, *cit.*, p. 72. Estos resultados no sólo sugieren la limitada importancia que tiene la asistencia sanitaria en los resultados de salud de un país, puesto que la falta de correlación también se podría explicar en parte por la ineficiencia relativa de un determinado modelo de organización de la asistencia sanitaria en términos de

El hecho de que la investigación científica no haya aclarado en detalle las causas de las diferencias sociales en salud no significa que a nuestros efectos no sepamos lo más relevante. El hecho de que personas sin grandes necesidades materiales y sin especiales riesgos para la salud mueran antes y enfermen más que las que están inmediatamente por encima en la escala social indica que “hay algo intrínseco en la jerarquía y en la desigualdad social que daña la salud”.<sup>38</sup>

## V. DIFERENCIAS EN SALUD Y DESIGUALDADES INJUSTAS

Aunque hemos acumulado datos suficientes para sugerir que muchas de las diferencias entre salud y enfermedad son debidas a condicionantes sociales, y que muchos de estos condicionantes sociales, al estar injustamente distribuidos, inciden en una distribución no sólo desigual, sino también injusta de la salud y la enfermedad, no podemos suponer que cualquier diferencia en salud sea una diferencia injusta. ¿Cuándo entonces una diferencia de salud entre dos grupos es una inequidad y no meramente una variación que no tiene esa trascendencia?

La definición más conocida de las inequidades en salud es la que han desarrollado Margaret Whitehead y Goran Dahlgreen, y que ya ha sido citada: las desigualdades en salud son inequitativas cuando son evitables, innecesarias e injustas.<sup>39</sup> Desde este punto de vista, la determinación de qué es una inequidad en salud tiene una dimensión ética ineliminable. Esto es claro en el rasgo de la injusticia, que remite directamente a un juicio moral o político-moral, pero también las características de evitabilidad e innecesariedad tienen esta dimensión moral.

Además, las características de evitabilidad e innecesariedad pueden variar histórica y contextualmente, pues lo que en un contexto puede ser evitable, quizá no lo sea en otro. Por ello, es necesario tener en cuenta que las desigualdades e inequidades de salud son históricas y sólo pueden com-

---

coste-beneficio. Con todo, es coherente con la idea de que los resultados de salud obtenidos tienen mucho que ver con la estructura de las instituciones sociales en general, antes que con la eficiencia de los sistemas sanitarios.

<sup>38</sup> Benach, J. y Muntaner, C., *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*, cit., p. 55.

<sup>39</sup> Dahlgreen, G. y Whitehead, M., *Policies and Strategies to Promote Social Equality in Health*, Stockholm, Institute for Future Studies, 1991; Whitehead, M., “The Concepts and Principles of Equity and Health”, *Health Promotion International*, vol. 6, núm. 3, 1991, pp. 217 y 218, también disponible como documento de discusión de la Oficina Regional Europea de la OMS, por donde se cita.

prenderse cuando se estudia su evolución históricamente.<sup>40</sup> Resulta claro que no todas las diferencias en salud, incluso las que se producen ya no entre personas individuales, sino entre grupos, son injustas ni inevitables. Las diferencias en la salud, como en cualquier otra característica física o psíquica, varían entre las personas. Una estricta igualdad en los niveles de salud o en la esperanza de vida para todas las personas es un objetivo irrealizable (y seguramente tampoco deseable). Incluso las diferencias de salud ya no entre individuos, sino entre grupos de personas, no han de ser considerados como diferencias inequitativas si no se cumplen los anteriores requisitos de ser evitables, innecesarias e injustas: por ejemplo, la mayor incidencia de enfermedades coronarias entre personas de setenta años que entre personas de veinte años no es injusta, sino que se puede atribuir al proceso natural de envejecimiento; incluso se podría decir lo mismo de algunas diferencias entre hombres y mujeres, como la mayor incidencia de osteoporosis en mujeres mayores comparada con hombres de su misma edad.<sup>41</sup> Pero los casos no siempre estarán claros, por lo que el análisis de lo que es una diferencia inequitativa dependerá de nuestros conocimientos o aun de nuestras concepciones sobre lo que es evitable e innecesario. Del mismo modo que dependerá de nuestros juicios sobre lo que es justo.

También desde nuestro juicio sobre la justicia o no de una diferencia de salud entre grupos parece necesario referirse no sólo a su carácter inevitable en términos de responsabilidad sobre determinados comportamientos insanos, sino a una concepción articulada sobre lo que es la justicia social. Como han observado Daniels, Kawachi y Kennedy, desde el momento en el que las evidencias muestran que no podemos eliminar la totalidad de las desigualdades en salud simplemente eliminando la pobreza, puesto que en países desarrollados y entre grupos que tienen las condiciones mínimas necesarias en términos de asistencia sanitaria y salubridad básica, ingresos y educación, siguen existiendo importantes desigualdades de salud, no sólo en las capas más pobres, el problema se hace más complejo. ¿Qué desigualdades sociales se deberían eliminar para reducir las desigualdades en salud que persistirían incluso a la eliminación de la pobreza?<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> Benach, J. y Muntaner, C., *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*, cit., p. 58.

<sup>41</sup> Aunque una cosa es que la causa que provoca una diferencia en salud entre determinados grupos no sea injusta y otra muy diferente que no haya la obligación de luchar contra esa enfermedad desde un sistema público de salud o mediante otras políticas públicas.

<sup>42</sup> *Ibidem*, p. 17. Estos autores responden a esta cuestión afirmando que la teoría de la justicia de Rawls aporta los elementos para resolver esta cuestión. Sin discutir si esto es así, en lo que seguramente aciertan es en la necesidad de integrar la discusión sobre las desigualdades inequitativas en salud en el marco de una consideración más general sobre la justicia social.

Visto lo anterior, una cosa es establecer un marco conceptual general de clasificación de las diferencias que son inequitativas y otra es la identificación de los casos concretos o el peso relativo que tienen en la generación de las diferencias de salud observadas en los distintos grupos sociales. Con todo, y frente a lo que se suele suponer, la mayoría de los diferenciales de salud entre los grupos sociales (por clase, por género, por raza, etcétera) no pueden ser explicadas en términos biológicos.<sup>43</sup> E incluso, lo que se reputa como opciones de comportamiento personales, en muchas ocasiones pueden estar fuertemente condicionadas por consideraciones sociales y económicas. En términos de elección personal seguramente no se puede examinar de la misma manera una dieta insana que quizá es debida a bajos ingresos, o redes de distribución de alimentos inadecuadas, con los accidentes que se producen esquiando.<sup>44</sup>

La idea de la responsabilidad en la enfermedad esconde un enfoque en general con consecuencias poco aceptables. En particular, su individualismo (metodológico, pero también la insistencia en la responsabilidad individual) le hace por un lado exagerar el carácter “natural” de ciertas desigualdades, y por otro desconocer la influencia social y política en la salud y en la enfermedad, y en particular la influencia de la desigualdad social en la génesis de la salud y de la enfermedad.

Y es que, efectivamente, la salud y la enfermedad es un proceso íntimo, pero al mismo tiempo es uno de los fenómenos más relacionados con la vida colectiva.<sup>45</sup> En la salud y la enfermedad confluyen la individualidad y la sociabilidad humanas, y —como se ha podido ver— lo social se inserta y se marca en el individuo, particularmente haciendo presente en su sustrato biológico las divisiones sociales, las discriminaciones y la injusticia social. La salud y la enfermedad no son por consiguiente asuntos individuales, como queda patente en el hecho de que una vez que comparamos poblaciones, las diferencias que encontramos “apuntan a que la explicación fundamental de esas variaciones debemos buscarlas en las características de las poblaciones más que en las características de los individuos”.<sup>46</sup> Los términos colectivos son también los relevantes para medir riesgos de salud, ya que las posibilidades de medir la salud futura de una persona suele ser muy baja, pero

---

<sup>43</sup> Whitehead, M., “The Concepts and Principles of Equity and Health”, *cit.*, p. 6. Algunas diferencias de salud por sexo o grupo étnico sí que se pueden deber a motivos biológicos, pero difícilmente se podría decir lo mismo de las diferencias de clase.

<sup>44</sup> *Idem.*

<sup>45</sup> Berlinguer, G., *Bioética cotidiana*, *cit.*, p. 175.

<sup>46</sup> Benach, J. y Muntaner, C., *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*, *cit.*, p. 26.

desde el punto de vista probabilístico es factible en cambio predecir las enfermedades o muertes futuras en una población.<sup>47</sup> En este sentido, los factores principales que señalaba Whitehead y que servían para definir si los diferenciales de salud entre grupos eran injustos, pueden ser perversos si se intentan aplicar a nivel individual.

Sin embargo, uno de los principales problemas de utilizar el criterio de la responsabilidad individual es determinar exactamente el grado de responsabilidad individual: ¿se puede responsabilizar a alguien por fumar si su entorno social fomenta el uso del tabaco? ¿Se puede responsabilizar a alguien por las enfermedades producto de la competitividad laboral o social?<sup>48</sup> Una vez que la dificultad para determinar la responsabilidad individual es tan grande, lo que sí sabemos es que las consecuencias de las conductas individuales pueden ser muy diferentes según la posición social. Por este motivo, centrarse en la responsabilidad individual significa en última instancia que muchas personas habrán de soportar las consecuencias de las inequidades sociales, como si fueran responsabilidad suya, como una forma de culpabilizar a las víctimas.

Barry ha sugerido que en la medida en que las desigualdades de salud sean el producto de cadenas causales que se remitan a la estructura básica de la sociedad, entonces si encontramos grupos definidos por clase, etnicidad, raza u otra característica estructural que experimenten diferencias en la cualidad de su salud, la sociedad tendrá *prima facie* una distribución injusta de la salud.<sup>49</sup> Será una distribución injusta de la salud incluso si convive con un sistema razonable de acceso universal a la protección de la salud. Es más, incluso si se da este último caso podemos afirmar que el derecho a la salud en este supuesto está siendo vulnerado sistemáticamente. Si los resultados de salud son tan diferentes para distintos grupos por causas evitables, innecesarias e injustas, teniendo en cuenta los condicionantes sociales de la salud examinados, no tiene sentido objetar la pertinencia de exigir una cierta igualación en los resultados. Podríamos entonces concluir afirmando que el derecho a la salud exige el acceso universal e igualitario a la asistencia sanitaria. Pero al mismo tiempo, que el derecho a la salud no es equivalente al acceso universal e igualitario a la asistencia sanitaria.

---

<sup>47</sup> *Idem.* Así, por mencionar el propio ejemplo que ponen estos autores, es difícil saber si el hábito de fumar que tiene una persona le va a provocar un cáncer, pero es posible predecir cuántos cánceres habrá en una población como consecuencia de este hábito.

<sup>48</sup> Puyol, A., *Justicia i Salut. Ètica per al racionament dels recursos sanitaris*, Bellaterra, Universitat Autònoma de Barcelona, 1999, p. 152.

<sup>49</sup> Barry, B., *Why Social Justice Matters*, cit., p. 73.