

EL LUGAR DE LA TEORÍA DE LA JUSTICIA DE RAWLS EN EL DEBATE SOBRE LA EQUIDAD EN LA SALUD* **

The place of Rawl's Theory of Justice in the debate on equity in health

CARLOS LEMA AÑÓN***

Fecha de recepción: 30/06/2020

Fecha de aceptación: 05/08/2020

Anales de la Cátedra Francisco Suárez

ISSN: 0008-7750, núm. 55 (2021), 307-331

<http://dx.doi.org/10.30827/ACFS.v55i0.15575>

RESUMEN La influencia de la teoría de la justicia de John Rawls en el debate sobre la equidad en salud ha sido enorme. Y ello a pesar de que el tratamiento que Rawls hace de esa cuestión es escaso. Esa influencia se ha manifestado tanto en autores poco próximos a sus tesis como especialmente en quienes han intentado extender su teoría para incluir la equidad en salud. Más recientemente, el surgimiento del marco de los Determinantes Sociales de la Salud ha reactualizado la vigencia de su teoría y alentado nuevos debates. Este trabajo realiza un examen crítico tanto de la propuesta de Rawls como de las que se han inspirado en ella.

Palabras clave: Rawls, Teoría de la Justicia, equidad en salud, bienes primarios, igualdad, determinantes sociales de la salud.

ABSTRACT The influence of Rawls's Theory of Justice in the debate on equity in health has been paramount. Paradoxically, the treatment of this issue in his Theory is scarce. However, this influence has been manifest both in authors with different viewpoints and in authors who tried to extend his theory to include more equity in health. More recently, the emergence of the framework of the Social Determinants of Health has updated the validity of this theory and encouraged new debates. This work analyses both Rawls's proposal and those that have inspired by it.

Keywords: Rawls, Equity in health, Theory of Justice, Primary Goods, Equality, Social Determinants of Health.

* Para citar/citation: Lema Añón, C. (2021). El lugar de la teoría de la justicia de Rawls en el debate sobre la equidad en la salud. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez* 55, pp. 307-331.

** Este trabajo está realizado en el marco del proyecto DER2016-76078-P "Condiciones sociales de la salud y justicia: los desafíos del derecho a la salud", del Programa Estatal de Investigación Científica y Técnica de Excelencia del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad.

*** Universidad Carlos III de Madrid. Departamento de Derecho Internacional Público, Eclesiástico y Filosofía del Derecho. Calle Madrid, 126. 28903 Getafe (Madrid, España). Correo electrónico: clema@der-pu.uc3m.es Número ORCID: 0000-0003-0889-3272.

1. LA PARADÓJICA INFLUENCIA DE RAWLS EN EL DEBATE SOBRE LA EQUIDAD EN SALUD

La influencia de John Rawls en los debates sobre la equidad en salud, la justicia relativa a la salud y el derecho a la salud es tan relevante como paradójica. En primer lugar, porque el tratamiento original y específico de la salud y la protección de la salud en la teoría de la justicia de Rawls es más bien escaso, por no decir decepcionante. En segundo lugar, porque a pesar de ello, sus conceptos, su metodología y sus principios han sido utilizados profusamente por distintos autores para afrontar esos debates. Esto se ha hecho desde con una enorme variedad de planteamientos, que van desde situarse en una perspectiva igualitaria que complete o extienda propuestas similares a la rawlsiana, hasta oponerse a cualquier consideración relativa a la justicia en salud desde planteamientos explícitamente no igualitarios. En tercer lugar, porque si en general se ha considerado que la propuesta de Rawls relativa a la salud era insuficiente y en todo caso había que completarla o incluso corregirla, en los últimos años, según se ha abierto paso la discusión sobre los llamados *determinantes sociales de la salud* y con ello se ha ampliado el punto de vista en la discusión sobre la justicia en salud, se ha vuelto a reivindicar la valía de los planteamientos iniciales de Rawls.

Estas tres ideas van a servir para estructurar este texto. En primer lugar, se evaluará el lugar de la salud y de la protección de la salud en la teoría de la justicia de Rawls haciendo hincapié en las insuficiencias del tratamiento de la cuestión. A continuación, se examinará cómo sus conceptos, su método y sus principios han influido en el subsiguiente debate sobre la equidad en salud y sobre el derecho a la salud. A pesar de lo magra de su aportación inicial, sus planteamientos han sido lo suficientemente fecundos como para que otros autores se hayan inspirado en ellos para elaborar sus propuestas, con mayor o menor fidelidad a sus ideas originales, de manera más o menos compatible con ellas y tomando direcciones diferentes y hasta a veces opuestas. Al igual que ha ocurrido con otras cuestiones relevantes de la teoría de la justicia —y particularmente con la cuestión de la igualdad— Rawls no solo ha sido un referente necesario para la discusión ulterior, sino que ha supuesto una especie de parteaguas desde el cual se han articulado propuestas muy diversas. Por ello se examinarán, en primer lugar, propuestas que inspiradas en conceptos rawlsianos —particularmente el de la “*lotería natural*”—, se sitúan nítidamente en una posición antiigualitaria, seguramente anti-rawlsiana y hostil a la equidad en salud. A continuación, se examinarán intentos de partir de su metodología y conceptos con la intención contraria (y en principio más fiel a su proyecto), es decir, de favorecer aproximaciones justificadoras de una mayor protección de la

salud desde los ideales de justicia rawlsianos. Aquí se examinarán, entonces, propuestas que pretenden “extender” o ensanchar la teoría de la justicia con la intención de ofrecer una mejor justificación de la protección de la salud y de la equidad en salud a partir de explorar las potencialidades de algunos de los principios de justicia de Rawls. En concreto desde el concepto de las *bases sociales del autorrespeto* y desde el principio de *justa igualdad de oportunidades*.

En un siguiente punto se examinará qué ha supuesto para la teoría rawlsiana y las propuestas inspiradas en Rawls la revolución de los *determinantes sociales de la salud*. El descubrimiento del enorme papel de factores sociales (tales como la propia desigualdad), en los resultados de salud de las personas y las poblaciones ha supuesto una nueva perspectiva desde la que examinar la salud y la equidad en salud. La relevancia de ello para las discusiones filosóficas sobre equidad no ha pasado desapercibida y desde posiciones rawlsianas se ha saludado como una oportunidad de revitalizar algunos aspectos de su propuesta. Se examinará esta cuestión, así como algunos de los problemas que presenta este planteamiento, junto con propuestas que —como en el caso anterior— buscarían completar la propuesta original. Finalmente se hará un breve balance de este recorrido para examinar en qué medida la propuesta de Rawls sigue siendo relevante para el debate sobre la equidad en salud.

2. LA SALUD EN LA TEORÍA DE LA JUSTICIA DE RAWLS

La primera de las paradojas, teniendo en cuenta su posterior influencia en el debate, es que el tratamiento de la cuestión de la salud en la teoría de la justicia de Rawls es escaso¹. El esfuerzo por considerar la cuestión es reducido y en buena medida se dirige a excluir prácticamente el tema de la salud de las consideraciones de justicia. Con las matizaciones que habrá que hacer a esto, se podría decir que para Rawls la salud, siendo valiosa y deseable (Rawls, 1971, p. 553), no es algo que caiga dentro del ámbito de la justicia. Por ello, examinar la teoría de la justicia de Rawls desde este punto de vista supone explicar por qué la salud merece tan poca relevancia y cuáles son los mecanismos explícitos e implícitos por los cuales la salud queda fuera del ámbito de la justicia.

1. Como curiosidad, la propia palabra “health” aparece únicamente en cinco ocasiones en la primera edición (1971) de la *Teoría de la Justicia* (pp. 62, 97, 270, 403, 553).

Una de las primeras cosas que hay destacar es que el propio enfoque de la teoría de la justicia de Rawls no contempla determinados aspectos que sí son relevantes para las discusiones de equidad en la distribución de recursos de salud. Por eso sería injusto y desencaminado reprocharle que no contenga una teoría de la distribución de los recursos sanitarios, unos criterios de justicia local sanitaria², una conceptualización del principio de justicia en bioética³, etc. Ninguno de estos aspectos, u otros similares, tienen que ver con las intenciones de la teoría rawlsiana. Esta lo que pretende es formular y justificar una serie de estándares desde los que juzgar los aspectos distributivos de la estructura básica de la sociedad (Rawls, 1971, p. 9). Explícitamente, pues, estos principios se refieren a la definición y organización de instituciones justas, no por tanto a la justicia de la toma de decisiones concretas. Tampoco las comparaciones interpersonales a la hora de considerar la justicia —en lo que por ejemplo se refiere a la igualdad— se realiza entre individuos concretos, sino más bien entre posiciones sociales relevantes (Rawls, 1971, p. 96). El carácter abstracto de esta aproximación tendrá ciertamente consecuencias a la hora de considerar la cuestión de la salud, pero sería un error reprocharle que no dé respuesta a preguntas a las que nunca pretendió responder. Otra cuestión es en qué medida los principios de justicia regulan instituciones que, de una u otra manera, tienen que ver con la salud y, por tanto, si aquellos resultan satisfactorios, cosa que sí analizaremos.

Pero una segunda característica de la propuesta rawlsiana, relacionada con su carácter abstracto, sí resulta problemática a la hora de afrontar la cuestión de la salud. Como es bien sabido, para justificar los principios de justicia, Rawls recurre a una aproximación de carácter contractualista, por la cual los principios de justicia aceptables serían aquellos que adoptasen personas libres, racionales y autointeresadas en una situación de igualdad y de imparcialidad. Para representar estas circunstancias, recurre a los artificios de una “posición original” hipotética, en el que esos individuos libres y racionales estarían cubiertos por un “velo de ignorancia” (Rawls 1971, p. 12). En tales condiciones, estaría justificado el acuerdo al que llegaran respecto al establecimiento de los principios de justicia de la sociedad. El

-
2. En el sentido que los ha definido Elster, tanto en general como en el ámbito de las decisiones médicas, es decir, este ámbito de decisión intermedio entre el plano estatal y el individual, en el cual instituciones con relativa autonomía distribuyen el bien relevante según principios de distribución particulares de ese ámbito (Elster, 1992).
 3. Generalmente, aunque no de forma unánime siquiera en la aproximación principialista, el “principio de justicia” se considera uno de los principios primarios en bioética, a partir de la influyente obra de Beauchamp y Childress (1979).

velo de ignorancia es el mecanismo esencial para generar esa situación de *imparcialidad* mediante la cual no se estarían acordando los principios según una estrategia de negociación maximizadora de intereses, lo que de ninguna manera lograría una *justificación* de esos principios. El velo de ignorancia genera imparcialidad al evitar que los participantes conozcan circunstancias tales como la situación concreta que ocuparán en la sociedad, la suerte que hayan tenido en la distribución de dotes naturales, etc.

El precio a pagar en lo que respecta a la consideración de la salud es evidente. Nadie en esa posición original podría conocer su propia condición de salud, como tampoco sus predisposiciones particulares, al no conocer su suerte en la distribución de bienes naturales. Podría pensarse, sin embargo, que no hay problema en que los participantes en la posición original conozcan lo suficiente sobre salud y enfermedad como para considerar adecuado que los principios de justicia acordados incluyeran alguna previsión relevante para la protección de la salud⁴. Sin embargo, debe quedar claro que no es ésta la opción elegida por el propio Rawls. Y para demostrarlo no hay más que ver cómo todavía va un paso más allá, que cierra esa vía profundizando tanto en la abstracción e idealización de esa posición original como en la exclusión explícita de las consideraciones relativas a la salud. En efecto, Rawls supone que todas las personas participantes en la posición original son participantes normales, plenos y activos en la sociedad, con idénticas necesidades físicas y capacidades psicológicas dentro de parámetros normales. Pero ello lo hace excluyendo de forma explícita situaciones especiales, tales como cuestiones de capacidad mental o problemas de salud, al considerar que esos “casos difíciles” podrían distraer nuestra percepción moral y llevarnos a considerar personas “distantes” de nosotros cuyo destino nos despierte “lástima y desasosiego” (“pity and anxiety”)⁵. Los principios de justicia serían aplicables a “individuos normales”, a ciudadanos plenamente involucrados en la cooperación social (Rawls, 1999, pp. 83-84)⁶.

-
4. Dworkin, inspirándose en Rawls intenta transitar esta vía en su propia propuesta, lo que sugiere que no se trata de una opción descabellada en este marco conceptual. En efecto, para Dworkin la situación hipotética de imparcialidad en la que los participantes decidirían un “seguro prudente” de salud incluiría su ignorancia respecto a su propia salud, pero en cambio tendrían un conocimiento relevante sobre eficacia, coste y efectos secundarios de los procedimientos médicos (Dworkin, 2002b, p. 312).
 5. Y en este sentido estos individuos se excluyen de las consideraciones de justicia, por no tratarse de individuos socialmente activos. Estas situaciones podrían ser objeto de otro tipo de virtudes, tales como la caridad, pero fuera del ámbito de la justicia.
 6. Este tipo de consideraciones no se encuentra en la primera edición de *A Theory of Justice*, de 1971, sino en la segunda edición revisada por el autor y publicada en 1999 (cfr. Ribotta,

Este paso de Rawls, al margen de si queremos advertir en él una falta de sensibilidad hacia la diversidad humana, sin duda pretende lograr una mayor generalidad y abstracción de su teoría, además de una mayor simplicidad en sus resultados. El que esa abstracción y generalidad sea algo que se deba valorar positivamente o no es algo que se puede discutir⁷. Pero lo que resulta claro es que su resultado implica limitar la aplicación de los principios de justicia a esos individuos normales involucrados en la cooperación social. Eso supone que solo les es aplicable a este tipo de individuos, por ejemplo, el principio de diferencia: es decir, el principio por el que las desigualdades económicas y sociales solo se justifican en la medida en que sean para mayor beneficio de los que se encuentran en las situaciones sociales menos aventajadas. Por eso, situaciones de desventaja relacionadas con la salud, con la discapacidad o en general con diferencias de tipo natural, no son contempladas como cuestiones de justicia. No lo son a partir de la estipulación de que en la posición original nadie tiene realmente problemas de salud. De esta manera, lo que parece ser solo una estipulación derivada de una necesidad teórica o metodológica relacionada con la idealidad de la posición originaria, produce efectos reales en la aplicación de los principios de justicia, en lo que se considera una injusticia y en el sistema de comparación interpersonal de las posiciones sociales. Este rasgo de la propuesta rawlsiana no ha pasado desapercibida para muchos de sus críticos, especialmente los más comprometidos con la idea de igualdad, conscientes de las consecuencias desigualitarias de este paso⁸. Pero como vamos a examinar a continuación, todavía hay otros tres rasgos de la propuesta rawlsiana que contribuyen a expulsar la salud del campo de la justicia.

En efecto, un tercer elemento que afecta la consideración de la salud en la teoría rawlsiana es el *qué* de la justicia. Es decir, aquello que los principios de justicia se encargarían de distribuir equitativamente en la sociedad

2009, p. 119). Por otra parte, ya habían sido de alguna manera adelantadas en *Political Liberalism* (Rawls, 1993, p. 183).

7. Como se verá después, algunos autores como Daniels consideran que esto es un rasgo positivo y pretende mantenerlo incluso cuando quieren completar la propuesta rawlsiana. Para Nussbaum, en cambio, se trata en sí mismo de un problema (Nussbaum, 2006, p. 108).
8. En algunos casos se ha incluso identificado como uno de los principales déficits de toda su construcción (Nussbaum, 2006, p. 22; Ribotta, 2009, pp. 76-125). Amartya Sen, por ejemplo, ha criticado que es un error “considerar como moralmente irrelevantes los casos de los minusválidos y los enfermos físicos o mentales”, al tiempo que una desconsideración del dato esencial de la diversidad humana (Sen, 1998, p. 149). El propio Rawls, que como hemos visto en la nota 6 introduce algunas matizaciones en la edición revisada de la *Teoría de la Justicia* (1999), había reconocido que la cuestión de la discapacidad es difícil de afrontar en su concepción (Rawls, 1993, p. 21).

(Sen, 1988). Este qué de la justicia, ese objeto de los principios de justicia, son para Rawls los “bienes primarios”. Los bienes primarios, que cualquier persona racional querría, están definidos como aquellas condiciones y medios precisos para perseguir y promover cualquier plan de vida racional (Rawls, 1971, p. 62). La forma en que la teorización de los bienes primarios expulsa a la salud del ámbito de la justicia tiene que ver con dos cuestiones relacionadas pero diferentes. La primera es que hay que ser consciente de que la conceptualización de los bienes primarios está lejos de emparentarse con una teoría de las necesidades. La segunda es que la salud es entendida exclusivamente como un bien primario de carácter natural, y por lo tanto excluido de cualquier consideración de justicia.

La teoría de los bienes primarios no está emparentada con una teoría de las necesidades básicas. Los bienes primarios (y como veremos a continuación únicamente los sociales) son objeto de distribución en la teoría de la justicia, pues los principios de justicia tienen como objeto precisamente eso mismo, su distribución. En el caso de las libertades básicas, y de acuerdo con el primer principio de justicia, el reparto es igual para todos⁹. Pero en el caso de las desigualdades sociales y económicas la forma en que estas se han de estructurar de acuerdo con el segundo principio de justicia¹⁰ no solo es compatible con la existencia de grados significativos de desigualdad de socioeconómica, sino que no garantiza necesariamente la satisfacción de necesidades básicas, concepto que es ajeno completamente a su teoría. Naturalmente, el segundo principio de justicia tiene como objetivo limitar el alcance de las desigualdades socioeconómicas, pero no es incompatible con una situación de insatisfacción de necesidades básicas, todo lo cual no sería reputado como injusto. En términos de la salud, esto significa dos cosas. En primer lugar, en la medida en que dadas unas determinadas desigualdades socioeconómicas compatibles con el segundo principio de justicia puedan generar unos determinados resultados consistentes en desigualdades en salud o bien en peores condiciones generales para la salud, tales resultados

9. “Cada persona ha de tener un derecho igual al más amplio sistema total de libertades básicas, compatible con un sistema similar de libertad para todos” (Rawls, 1999, p. 266). Se utiliza aquí la formulación de la segunda edición revisada por el propio autor y publicada en 1999, teniendo en cuenta que realizó distintas formulaciones ligeramente distintas, desde la inicial de la primera edición (Rawls, 1971, p. 53) y la reformulación en las Conferencias Tanner de 1981 (Rawls, 1988, p. 13).

10. “Las desigualdades económicas y sociales han de estar estructuradas de manera que sean para: a) mayor beneficio de los que se encuentran en la posición social menos aventajada, consistente con el principio de ahorro justo y b) unido a que los cargos y las funciones sean asequibles a todos, bajo condiciones de justa igualdad de oportunidades” (Rawls, 1999, p. 266).

serían consecuencias aceptables y no injustas en términos rawlsianos. Lógicamente, ambos resultados son empíricamente contingentes. Pero si en un caso se verificase que la desigualdad socioeconómica admitida como no injusta genera desigualdades en resultados de salud, estos no serán injustos en términos estrictamente rawlsianos. Y del mismo modo, en la hipótesis de que un determinado grado de desigualdad socioeconómica generara problemas de salud estos serían compatibles con la justicia en términos rawlsianos. Es posible —como se verá más adelante— defender que este es un resultado aceptable como perfectamente adecuado a los principios; pero es también claro por otra parte que la cuestión de las eventuales desigualdades en salud no merece mayor consideración separada.

La cuarta consideración que afecta al papel de la salud, es que la salud se considera un bien primario de carácter natural. Como ya hemos mencionado, los bienes primarios serían aquellos de los que se puede decir que cualquier persona racional desea ya que tienen valor con independencia del plan racional de cada persona. Rawls distingue entre los bienes primarios sociales y los bienes primarios naturales (1971, p. 62). Los bienes primarios que Rawls considera son de cinco tipos: a) libertades básicas, b) libertad de movimiento y de elección de ocupaciones, c) poderes y prerrogativas respecto a cargos y posiciones de responsabilidad, d) renta y riqueza, y e) bases sociales de autorrespeto (Rawls, 1971, pp. 92 y 440). La salud, en cambio, sería un bien natural primario, explícitamente mencionado por Rawls junto con otros como el vigor, la inteligencia o la imaginación (1971, p. 62). La diferencia de los bienes naturales con respecto a los bienes sociales sería que los bienes naturales no están directamente bajo el control de la estructura básica de la sociedad. De este modo, la salud, siendo un bien natural, no cae por definición bajo el control de la estructura básica de la sociedad y por lo tanto queda fuera del ámbito de la justicia, cuyo objeto es precisamente esa estructura básica.

Pudiera pensarse —y este es el quinto elemento a destacar— que incluso tras este paso, cuando la salud ha quedado fuera del control directo de la estructura básica (y con ello fuera del ámbito de la justicia) todavía sería posible sostener que esto no la excluye completamente. Siempre se puede decir —parece innegable— que la salud, tanto a nivel individual como a nivel colectivo, sí que se ve afectada, aunque sea de forma mediata, por la estructura básica de la sociedad. De esta manera siempre sería posible establecer alguna previsión para regular esta posible incidencia. Sin embargo, Rawls no toma este camino: la ubicación de la salud como bien natural zanja la cuestión. Y creo que esto tiene que ver con la otra característica que atribuye a la salud: no solo constituye un bien natural, sino que en su teoría no es un bien del que quepa predicar una especial importancia, ni siquiera

como requisito del disfrute de otros bienes. No siendo un bien de *especial* importancia (no quiere decir que no la tenga en general, es sin duda un bien primario), tampoco hay ningún motivo para establecer ninguna provisión especial de forma que se garantice que la salud sea protegida, promovida, aunque sea indirectamente, por las instituciones de la estructura básica de la sociedad. Estas garantizan por ejemplo libertades básicas, pero de ninguna manera, por ejemplo, un derecho a la salud.

Se puede por consiguiente recapitular sobre las razones que han sido expuestas por las que la salud recibe un tratamiento limitado y poco satisfactorio en la teoría de la justicia de Rawls. En primer lugar, su interés en definir instituciones básicas, no en resolver cuestiones de justicia concretas (lo que ya se ha dicho que no constituye en sí mismo un problema). En segundo lugar, la ausencia tanto implícita como explícitamente de las cuestiones relativas a la salud en la posición original. En tercer lugar, la renuncia a cualquier idea relacionada con necesidades básicas o mínimas. En cuarto lugar, la consideración de la salud como un bien natural. Y en quinto y último lugar, la consideración de la salud como un bien que no tiene un carácter especial. Algunas de estas razones tienen que ver con exigencias de su propio esquema y han de ser vistas —gusten más o menos— como un ejercicio de coherencia teórica. Otras, sin embargo, aparecen como insuficiencias que otros autores situados en su órbita y con un afán de refinamiento teórico se han ocupado de señalar e intentar corregir.

3. EL USO DE LOS CONCEPTOS Y MÉTODOS RAWLSIANOS CONTRA LA EQUIDAD EN SALUD: LA LOTERÍA NATURAL EN LAS DESIGUALDADES EN SALUD

La capacidad de Rawls para modelar el debate sobre equidad en salud se pone de manifiesto no solo en quienes —como veremos en el punto siguiente— aspiran a completar su propuesta, sino también en la utilización de sus métodos y conceptos para criticar y poner en cuestión su punto de vista. Como muestra de ello, examinaremos la teoría de T. Engelhardt basada en la idea de la “*lotería natural*” que tiene un evidente sello rawlsiano. Efectivamente la propuesta de Engelhardt (1996, pp. 375 y ss.) es un ejemplo de carácter liberal conservador que, desde una inspiración anclada en Hayek (Engelhardt, 1996, p. 376), busca excluir la salud del ámbito de la justicia, para negar cualquier fundamento a pretensiones de carácter igualitario en el ámbito de la salud o la mera idea de derechos individuales de carácter prestacional vinculados a la salud. El rechazo de la orientación liberal-igualitaria lo aleja tanto de la propuesta general rawlsiana como de cualquier pretensión de completarla, pero eso no excluye que su argumen-

tación general esté basada en una reinterpretación del concepto rawlsiano de la “lotería natural”.

El núcleo de su tesis consiste en negar que se pueda hablar de justicia con referencia a la salud. La base de su argumentación es que la enfermedad no constituye una injusticia, por lo que inversamente la cuestión de la salud no pertenece a ese ámbito. De acuerdo con esto, la salud y su contracara de enfermedad son debidas al azar o la suerte. La enfermedad, en definitiva, es una cuestión de mala suerte, pero no de injusticia. Para ello echa mano del concepto de la “lotería natural” (Rawls, 1971, p. 74) para defender que unas personas tienen mejor salud que otras, y que esta va variando a lo largo de la vida, debido a la “lotería natural”. Ciertamente este hecho genera desigualdades, pero todo ello es una cuestión de azar, y por consiguiente no es debido responsabilidades de terceros, ni por ni por acción ni por omisión. De esta manera, no se justificaría un reclamo de justicia cuya hipotética corrección necesariamente implicaría perjudicar a otros y la violación de la autonomía y de los derechos de esos terceros que no son responsables. Las loterías generan desigualdades, pero estas desigualdades no son injustas, sino azarosas. Si bien admite que en ocasiones puede ser difícil establecer el límite entre lo injusto y lo azaroso, sostiene que no cabe admitir reclamos de justicia cuando no haya un responsable de ese hecho, pues de lo contrario se estaría admitiendo reclamos basados en la mera necesidad, lo que es inadmisibles (Engelhardt, 1996, p. 382)¹¹.

El uso de la idea de “lotería natural”, con todo, no es rawlsiano: es decir, lo utiliza desde una perspectiva que no solo es contraria a las finalidades originales, sino en cierta medida incompatible con el esquema general. Esto, por sí mismo, no invalida el argumento de Engelhardt, pero conviene aclararlo para entender mejor su alcance. Porque en principio, el argumento de la “lotería natural”, tal y como lo presenta Engelhardt, parecería suponer un reto para la perspectiva rawlsiana. Por un lado, no parece fácil rechazar la idea de que la salud o su ausencia tiene un importante elemento de azar (predisposición genética a una enfermedad, sufrir un accidente, contraer una enfermedad transmisible...). Por otro lado, la “lotería natural” por definición reparte bienes —los bienes naturales— que en el esquema de Rawls no están directamente controlados por la estructura básica de la sociedad. Aparentemente, entonces, la exclusión radical de la salud del ámbito de la justicia parecería no solo evidente, sino también una derivación necesaria de la teoría de Rawls (y coherente con el análisis que de ella hemos hecho).

11. En este punto, la inspiración es directamente basada en Nozick y su crítica a las necesidades (Nozick, 1990, p. 229).

Sin embargo, el argumento de Engelhardt no es ni tan irrefutable ni tan desafiante para Rawls (incluso si no se objeta la simplista visión dicotómica de salud y enfermedad como meros opuestos). En primer lugar, para Rawls, la distribución de los talentos y dotaciones que produce la lotería natural, ciertamente azarosa, es moralmente arbitraria por inmerecida (Rawls, 1971, p. 74). Precisamente, el que el velo de la ignorancia oculte las diferencias —tanto naturales como sociales— se justifica porque nadie tiene un derecho exclusivo a los bienes de los que ha sido dotado por la fortuna. Por eso, aunque los efectos causados por la lotería natural no sean en sí mismos justo o injustos, sí que lo es su tratamiento social. El principio de diferencia está concebido como una forma de limitar las posibles desigualdades, entre ellas las que se pueden derivar de un aprovechamiento de las ventajas de la lotería natural en términos de dotaciones y talentos, ya que considera esta azarosa distribución de bienes naturales como “common asset” cuyos beneficios han de ser compartidos (1971, p. 101)¹². Esta idea de Rawls, no cambia lo que ya se ha dicho respecto a su concepción de la salud: no supone un argumento para que las instituciones sociales protejan especialmente la salud, pero sí para que estas instituciones puedan corregir los resultados desigualitarios de la azarosa distribución de bienes naturales (entre ellos la salud). De esta manera, la diferencia con la perspectiva de Engelhardt es patente, pues esa distribución azarosa no puede razonablemente ser individualmente apropiada¹³.

La propuesta de Engelhardt, en todo caso y más allá de su incompatibilidad con el esquema de Rawls, presenta otros problemas. Fundamen-

-
12. De hecho considera que “[t]hose who have been favored by nature, whoever they are, may gain from their good fortune only on terms that improve the situation of those who have lost out”, lo que es una de las consecuencias del principio de diferencia (Rawls 1971, p. 101).
 13. La idea de la arbitrariedad moral con la que se distribuyen azarosamente estos bienes naturales ha abierto toda una línea de pensamiento igualitario (el llamado “igualitarismo de la suerte”) basado en esta idea rawlsiana según la cual al no ser responsables de ventajas o desventajas debidas a las circunstancias que están fuera de nuestro control exige algún tipo de corrección en un sentido igualitario. Diferentes versiones de este argumento han sido desarrolladas por Arneson (2001), Cohen (1989) y Dworkin (1981, incluido en 2002). De todas formas, la idea ha generado un importante debate en el seno del propio igualitarismo, pues mientras que para algunos “la distinción fundamental para un igualitario en la configuración del destino de las personas es entre la elección y la suerte” (Cohen, 1989, p. 907), también se ha objetado, como ha hecho Anderson (1999), que este punto de vista representa una reconstrucción equivocada del valor de la igualdad. Una destacada aplicación del igualitarismo de la suerte a la cuestión de la salud es la de Segall (2010). De todas formas, si bien esta corriente afronta eficazmente las consecuencias desigualitarias de la “lotería natural”, las dificultades son mayores para evitar la exclusión de la protección de la salud cuando existe alguna responsabilidad por parte del agente.

talmente el de atribuir la cuestión de la salud puramente al azar y a la lotería natural. Se puede admitir que la lotería natural y el azar juegan un papel relevante en la salud, como en los ejemplos ya mencionados. Pero en cambio hay otros casos en los que no hay una cuestión de azar. Los determinantes sociales de la salud, a los que nos referiremos después con mayor detalle, no son el fruto de ninguna lotería natural, sino el producto de las instituciones sociales. Pero su mera existencia hace difícil determinar el peso relativo en los resultados de salud a nivel individual (a nivel poblacional es más fácilmente determinable) entre lo que se debe a la “lotería natural” y lo que no. Pero la exclusión radical de la salud del ámbito de la justicia que pretende Engelhardt descansa enteramente en la posibilidad de establecer una distinción relativamente clara entre ambas cosas. Dicho de otra manera, para realizar esta exclusión hay que sostener que la cuestión de la salud es esencialmente una cuestión de “lotería natural”; pero para defender que la justicia juega un papel destacado en la cuestión de la salud no es necesario negar el papel de la “lotería natural”, sino simplemente señalar su no exclusividad en la determinación de los resultados de salud.

4. EXTENDIENDO A RAWLS HACIA LA EQUIDAD EN SALUD

La influencia de Rawls en el debate sobre la equidad en salud y el papel de la salud en la justicia social ha sido más productiva entre quienes se han procurado inspirar en su obra desde una amplia coincidencia con sus planteamientos. Aun asumiendo las insuficiencias de Rawls en este punto, o precisamente por ellas, diferentes propuestas han intentado “extenderla”, en atinada expresión de Daniels (1985, p. 42). Entiéndase bien que no se trata de reinterpretar a Rawls para hacerle decir lo que no dice, sino de partir de su obra para ofrecer respuestas parcialmente distintas. Dado que —como se ha visto— para Rawls la salud es un bien natural primario, cuya distribución no depende de la estructura básica de la sociedad, se han buscado dos tipos de estrategias para esta operación: o bien buscar una justificación basada en bienes primarios sociales o bien en los principios de justicia. Examinaremos una muestra de cada una de estas estrategias: a través de *las bases sociales del autorrespeto*, para la basada en bienes primarios sociales, y a través del *principio de justa igualdad de oportunidades* para la basada en principios.

4.1. *Los bienes primarios sociales y las bases sociales del autorrespeto*

La estrategia que ha usado A. Gutmann (1999) toma como punto de partida la idea de las *bases sociales del autorrespeto* para la construcción

de una especie de ciudadanía social. Las bases sociales del autorrespeto, si bien son inequívocamente identificadas por Rawls como uno de los bienes primarios sociales, no han sido demasiado desarrolladas en su teoría (Rawls, 1999, pp. 386-391)¹⁴. Lo que Gutmann quiere justificar a partir de esta idea de las bases sociales del autorrespeto es el igual acceso a la protección de la salud. La propia falta de desarrollo y ambigüedad de ese concepto hace difícil determinar su contenido, pero Gutmann supone que en el ámbito de la salud eso debería incluir la idea de igualar las oportunidades (lo que conecta con lo que veremos en el punto siguiente) y tratar con igual consideración los sufrimientos de todas las personas. Pero la igualdad de oportunidades por sí sola no agota la idea de las bases sociales del autorrespeto. Gutman señala el ejemplo del tiempo de espera hospitalario: si existe una relación entre este tiempo de espera y la raza o clase social (incluso si no se trata de una discriminación expresa) se estaría afectando al autorrespeto de quienes son sistemáticamente preteridos, incluso si no llega a producirse una violación de la igualdad de oportunidades.

Si es difícil determinar incluso en abstracto cuáles son las bases sociales del autorrespeto, también hay que tener que cuenta que son hasta cierto punto relativas a la sociedad de que se trate. Aunque Gutmann asume que es posible identificarlos, los estándares pueden ser diferentes. Así, por ejemplo, el derecho al sufragio, en estos momentos —y de forma diferente que en el pasado—, no supone únicamente un elemento central de la democracia y un mecanismo de igualación del poder político, sino también una condición del autorrespeto. Para Gutmann, en este mismo sentido del sufragio también lo serían otros elementos, como el acceso a la educación, el acceso a la protección policial y el *acceso a la salud*. Como contraste no lo serían, por ejemplo, el diferente tratamiento en medios de transporte, en el que un trato preferente (por ejemplo, a los viajeros de primera clase) no es generalmente percibido como una violación de las bases del autorrespeto. En cambio, la salud, la educación o el sufragio, son más relevantes en nuestra vida y en nuestras oportunidades, por lo que un tratamiento desigual en estos ámbitos sí es entendido como una falta de igual consideración y respeto. De esta forma, un tratamiento desigual, dual o diferenciado en estos ámbitos, incluso si no llegase a tener efectos perniciosos apreciables entre los más vulnerables, podrían constituir un signo de respeto desigual (Gutmann, 1999, p. 260). Ello justificaría que un igual acceso a la protección de

14. Si bien otros autores han explorado esta idea es quizá una de las menos desarrolladas (Aguayo, 2017).

la salud constituya un elemento mínimo de autorrespeto en las sociedades contemporáneas.

4.2. *Los principios de justicia y la justa igualdad de oportunidades*

El principio de la *justa igualdad de oportunidades* es el concepto central que utiliza N. Daniels en su propuesta de “extender” la teoría de Rawls en el ámbito de la salud. La propuesta de Daniels es expresamente rawlsiana, como corresponde a un temprano comentarista y defensor de su obra (Daniels, 1975, 1996)¹⁵. Pero parte de la conciencia de la limitación de la propuesta de Rawls en materia de salud, particularmente por el hecho de que el índice rawlsiano que permite las comparaciones interpersonales falla al considerar igualmente aventajadas a personas que no lo están en realidad, como es el caso de las personas que difieren en cuanto a su estado de salud o necesidades de protección de la salud. Sin embargo, Daniels rechaza la idea de corregir este problema modificando el índice o introduciendo nuevos bienes primarios sociales, o incluyendo la salud entre ellos (como en la propuesta de Gutmann), pues considera que esta operación, de generalizarse, acabaría haciendo inútil el propio concepto de bienes primarios sociales (Daniels, 1981, p. 164).

Por ello, considera que la mejor estrategia es entender justificada la protección de la salud considerando que las instituciones de cuidado de la salud están entre aquellas orientadas a garantizar el principio de justa igualdad de oportunidades. Su principal razón es que la enfermedad (y la discapacidad) restringe la gama de oportunidades, al limitar la vida, reducir la capacidad de actuación y generar sufrimiento. Por este motivo la protección de la salud en todas sus formas (salud pública, prevención, tratamiento, atención a enfermedades crónicas, etc.) contribuiría a mantener las capacidades de las personas lo más próximo a lo que denomina el “funcionamiento normal”, tanto en el aspecto físico, como en el emocional y cognitivo (Daniels, 1985, p. 42 y ss.). Hay que matizar que la protección de la gama de oportunidades que esto genera es limitada, pues por un lado existen otros condicionantes (renta, riqueza, educación...) que afectan a la igualdad de oportunidades, y por otro, como el objetivo es alcanzar para todos un “funcionamiento normal”, ello no modifica la distribución de

15. De todas formas, Daniels sostiene que su argumento sería compatible con cualquier teoría de la justicia que incluyera la idea de justa igualdad de oportunidades y no requeriría necesariamente aceptar la teoría de Rawls (Daniels, 1981, p. 161).

talentos y habilidades. Esta igualación solo garantiza que funcionemos como competidores normales, no estrictamente como iguales (Daniels, 1998, p. 319)¹⁶. Pero es precisamente ese concepto de “funcionamiento normal” de los individuos considerados como miembros de la especie (Daniels, 1985, p. 26) el que permite que la salud deba ser especialmente considerada por contraste con aquellos otros condicionantes de la igualdad de oportunidades tales como riqueza, renta y educación. Es además lo que permite otorgarle un carácter objetivable. El carácter básico del “funcionamiento normal”, que opera como una base mínima, no se extiende a una justificación de un derecho a la salud de carácter amplio, pero sí que incluye la nutrición y abrigo adecuados, vivienda salubre, ejercicio, descanso y otros rasgos de la vida sana, servicios médicos preventivos, curativos y de rehabilitación, y servicios sociales no médicos (Daniels, 1985, pp. 47-48).

Así expresado, pareciera que se trata de una mera exégesis de Rawls para sacar del principio de justa igualdad de oportunidades algo que ya estaba allí presente. Sin embargo, hay que enfatizar que se trata de una “extensión” que, sea más o menos coherente o compatible con la propuesta original, supone notables diferencias. Para Rawls la justa igualdad de oportunidades, regulada en el segundo principio de justicia, está limitada a la obtención de empleos y oficios; y ello dentro de una concepción de la sociedad como empresa cooperativa para el mutuo beneficio (y de ahí que se prescindiera de considerar situaciones de discapacidad y también de otras circunstancias —incluso la edad— que impida que algunos sean participantes plenos). Daniels amplía tanto el concepto de sociedad como el concepto de oportunidades: la sociedad no está únicamente formada por los productores y las oportunidades van más allá de la obtención de cargos y oficios, puesto que se vinculan con la persecución de los distintos planes de vida. Se trata por eso de una propuesta original y diferenciada, que no se propone como una mejor interpretación de la teoría de la Justicia de Rawls, sino como un desarrollo autónomo de la misma. No está tampoco exenta de problemas: por un lado, el concepto de “funcionamiento normal” es bastante problemático y ha recibido numerosas críticas (Vidiella, 2000, p. 50; Krag, 2014); por otro

16. Daniels comparte estrictamente en esto el punto de vista de Rawls, según el cual la distribución de la renta e ingresos puede estar determinada por la “distribución natural de habilidades y talentos” (Rawls, 1971, p. 74). De todas formas, la propia noción de desigualdades naturales ha sido muy cuestionada: así por ejemplo Jacobs, en un examen de la idea de la igualdad de oportunidades, contraponen la idea de que la diversidad natural solo se transforma en una desigualdad tras la mediación de las instituciones sociales, por lo que es conceptualmente inadecuado incluso hablar de “desigualdades naturales” (Jacobs, 2004, pp. 48-79).

lado, el nivel de protección que justifica es mínimo. Pero es quizá el ejemplo más acabado de la fecundidad de la propuesta rawlsiana en este campo.

5. LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL RENACIMIENTO DEL RAWLSISMO EN SALUD

Desde principios de los años ochenta del siglo pasado se ha ido desarrollando todo un programa de investigación empírica en el ámbito de la epidemiología y de la salud pública alrededor de la idea de los Determinantes Sociales de la Salud (de aquí en adelante DSS). Una creciente evidencia ha puesto de manifiesto la importancia de estos factores sociales que afectan a la salud causando diferencias de salud estimables. Se trata de un nuevo marco que se ha asumido incluso en el ámbito de la OMS (WHO, 2008)¹⁷. El principal elemento que aquí interesa de este nuevo marco es que pone de manifiesto que la equidad en salud no se puede reducir al acceso a la atención médica, sino que también tiene que ver con estructuras sociales, instituciones y políticas, de forma que la posición social que ocupan las personas tiene una importancia muy significativa en sus resultados de salud¹⁸.

En este sentido el marco de los DSS adquiere una gran importancia para la discusión filosófica sobre las teorías de la Justicia. Por un lado, porque la discusión sobre la equidad en salud tiene que ampliarse para cubrir estos aspectos; pero sobre todo porque los factores que salen a la luz como relevantes para la salud son precisamente aquellos de los que se ocupan tradicionalmente las teorías de la justicia: las instituciones sociales, las relaciones de poder, la desigualdad o la falta de reconocimiento. En efecto, el marco de los DSS pone de manifiesto que los factores sociales que condicionan la salud son las condiciones ambientales (calidad del aire, del agua, contaminación), la vivienda, las condiciones laborales, la seguridad en el empleo, jerarquías laborales y control sobre el propio trabajo, la educación, la renta y riqueza, las discriminaciones, el racismo, el sexismo, la autoper-

17. De acuerdo con la OMS los DSS se definen como las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Esas circunstancias están moldeadas por la distribución de dinero, poder y recursos a nivel global, nacional y local. Los determinantes de la salud son los principales responsables de las inequidades en salud, las diferencias evitables e injustas en el estatus de salud entre y en el interior de los países (https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/).

18. La literatura sobre determinantes sociales de la salud es enorme. Para una revisión sistemática pueden mencionarse —además del documento de la OMS ya citado— Bartley (2004), Marmot y Wilkinson (2006), Braveman y otros (2011).

cepción, la mayor o menor desigualdad socioeconómica y las estructuras de segregación, etc.

Desde el punto de vista de la teoría de la justicia de Rawls, esto ha dado la oportunidad de reconsiderar la cuestión de la equidad en salud por parte de autores seguidores de la misma, a la luz de este nuevo marco y sus implicaciones. Y lo mismo se puede decir —aunque no es objeto de tratamiento aquí— de otras aproximaciones y teorías de la justicia que han tratado incorporar este marco¹⁹. La forma en que distintos adherentes más o menos fieles a la teoría de la Justicia de Rawls han evaluado la cuestión de la equidad en salud a la luz del marco de los DSS ha seguido dos estrategias. En primer lugar, la de los que ven que el marco de los DSS encaja bien dentro del esquema rawlsiano y que por tanto este es capaz de iluminar los problemas éticos y filosóficos que plantean los DSS. En segundo lugar, la de quienes asumen que el esquema rawlsiano, si bien es capaz de acomodar los hallazgos del marco de los DSS, habrá de hacerlo mediante una nueva “extensión”.

5.1. *La igualdad en determinantes sociales de la salud*

El caso más destacado de lo primero es, nuevamente, Daniels. Como hemos visto en el punto anterior, para él la teoría rawlsiana no era satisfactoria para justificar adecuadamente la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, por lo que proponía una extensión del esquema original de Rawls. Pero una vez que los DSS entran en juego, el cambio de perspectiva que sugieren para la consideración de la equidad en salud —que aboca a considerar la influencia (desigual y eventualmente injusta) de factores sociales— el esquema rawlsiano parece ser renovadamente prometedor. El propio título de sus dos obras más destacadas en esta materia expresa perfectamente este giro: del “*Just Health Care*” (Daniels, 1985), en el que plantea la “extensión” de Rawls en salud a partir del principio de la justa igualdad de oportunidades, a “*Just Health*” (Daniels, 2008), en que los DSS juegan ya un papel destacado, pues ya no se trata meramente de distribuir asistencia sanitaria²⁰.

19. Desde el marco de las capacidades, destaca especialmente la aproximación de Venkatapuram (2011).

20. Este giro lo había iniciado ya en su destacada participación en el volumen colectivo “*Is Inequality bad for our health?*” (Cohen; Rogers, 2000), que en buena medida inició el debate sobre las implicaciones filosófico-políticas de los DSS, y en el que sumariamente Daniels con otros autores plantea la efectiva fórmula de que la “Justicia es buena para la salud” (Daniels, Kennedy y Kawachi, 2000).

Daniels ve en el marco de los DSS fuertes motivos para reivindicar el legado de Rawls, desde el momento que las diferencias en salud que han desvelado estas investigaciones están vinculadas a injusticias en las estructuras sociales. Asume, además, que los DSS han venido precisamente a coincidir con desigualdades en la distribución de los bienes sociales regulados por los principios de justicia rawlsianos. De este modo, la investigación empírica sobre los DSS habría corroborado que la injusticia social (y en este caso la violación de los principios de justicia rawlsianos), además de ser rechazable, es perjudicial para la salud y hace aumentar las desigualdades en salud. El que aspectos como la renta y riqueza, la educación, la participación política o la organización del trabajo hayan resultado ser factores socialmente controlables que afectan a la salud y a las desigualdades en salud, y a la vez bienes controlados por los principios de justicia, es una coincidencia que reaviva la pertinencia de la teoría de la justicia de Rawls.

Hay que reconocer que la idea del interés renacido de la teoría de Rawls para la equidad en salud tiene bastante peso. Sin embargo, también tiene algunos aspectos problemáticos que merecen ser discutidos. Una primera cuestión es si efectivamente hay una coincidencia entre los DSS y aquellos bienes sociales cuya distribución está controlada por los principios de justicia. Esta es una cuestión fáctica que solo puede ser contestada en el marco de investigaciones empíricas. Aunque no es difícil admitir que hay una gran coincidencia entre unos y otros, es discutible que haya una correspondencia completa o que el peso de los distintos factores esté perfectamente alineado con los principios de justicia rawlsianos y su priorización. Además, los DSS actúan de forma parcialmente diferente en diferentes contextos sociales. Si bien la investigación empírica ha desvelado tendencias generales muy consistentes, no es realista pensar en hallar unas constantes válidas universal y atemporalmente sobre la generación social de desigualdades en salud que además encajaran estrictamente en los principios de justicia rawlsianos.

Pero los problemas más importantes son de carácter normativo, no empírico. El programa de investigación de los DSS ha hallado —como hemos dicho— que existen factores sociales que determinan los resultados de salud de grupos e individuos, que estos factores son muy relevantes, que producen resultados muy desiguales y que estas desigualdades son potencialmente injustas, al relacionarse con injusticias sociales existentes. Pero para que efectivamente esas diferencias en resultados de salud puedan reputarse como injustas, es necesario contrastarlas con una teoría normativa que efectivamente proporcione una justificación de dónde reside la injusticia y por qué serían una injusticia (Preda y Voigt, 2015, p. 25). Y ello entre otras cosas para diferenciar desigualdades en resultados de salud y diferencias en resultados de salud producto de la mera variación esperable en una

población. De acuerdo con G. Sreenivasan (2009, p. 244) hay dos formas de hacer esta evaluación sobre la injusticia, de acuerdo con qué desigualdad sistemática se tome en consideración. Es decir, si lo que se considera injusto es que existan determinadas desigualdades sistemáticas en los *resultados de salud* o, por el contrario, en los *determinantes sociales de la salud*. Se trata de dos formas de responder a la ya clásica cuestión de la igualdad ¿en qué?, planteada por Sen (1988). Con carácter general, en la teoría de la justicia de Rawls se respondería con igualdad en bienes primarios sociales (una igualdad, como sabemos, no absoluta en todos ellos, sino gobernada de forma compleja por los principios –igualitarios– de justicia).

La forma en que Daniels adapta la teoría de la justicia rawlsiana a la consideración de los DSS, se puede encuadrar, en coherencia con ello, en la segunda opción. Lo que importa aquí es la igualdad en los *determinantes sociales de la salud* (en buena medida –según su criterio– coincidentes con los bienes primarios sociales), no en los resultados efectivos de salud. La consecuencia de ello es que una desigualdad en los resultados de salud –incluso si es sistemática– no será necesariamente reputada como injusta, sino que solo lo será si viene producida por una desigualdad injusta (de acuerdo con los principios de justicia) en el acceso o disfrute de los determinantes sociales de la salud. Para Daniels se produciría una injusticia si, y solo si, unos resultados de salud derivan de una distribución injusta de los factores socialmente controlables que afectan a la salud (Daniels, 2008, p. 27). Conviene advertir que, si bien las dos opciones parten de una diferencia conceptual importante, seguramente una gran mayoría de los casos serían reconocidos como injustos tanto si se aplica un criterio como el otro. Pero en otros casos no será así. Y por eso, esta opción por “la igualdad en los DSS” plantea al menos dos cuestiones, una de las cuales es particular de Daniels y la otra representa un reto para la aproximación rawlsiana en general.

La primera cuestión deriva de que Daniels ha optado –lo que parece coherente con la interpretación más plausible de la teoría de Rawls– no por la igualdad en resultados de salud, sino por la igualdad en DSS, trasunto de la igualdad en bienes primarios sociales. Sin embargo, en su proyecto de “extensión” de la teoría de Rawls para la justificación de la asistencia sanitaria –que se examinó en el punto anterior–, la idea de evaluar el “funcionamiento normal” como requisito necesario para lograr el respeto por el principio de la justa igualdad de oportunidades, está relacionada en cambio con los resultados o condición de salud (pues el “funcionamiento normal” no es sino un umbral mínimo de tales resultados). No se puede decir que haya aquí una contradicción, pero sí parece haber cierta tensión entre ambos enfoques que Daniels pretende combinar (Sen, 2000, p. XIV; Sreenivasan 2009, p. 246).

La segunda cuestión se refiere a lo que se han denominado las “desigualdades residuales” (Sreenivasan, 2009, p. 245), es decir aquellas desigualdades en salud evitables cuyas causas no fueran injustas. Un ejemplo de las mismas sería el caso de que en una sociedad existiesen unas diferencias socioeconómicas compatibles con el principio de diferencia y que esas diferencias socioeconómicas provocasen unas determinadas diferencias en resultados de salud. Si efectivamente una teoría como la rawlsiana, en su interpretación por parte de Daniels, parte de que la igualdad relevante es en los DSS y que estos han sido distribuidos de forma justa (de acuerdo al principio de diferencia), entonces los resultados de salud incluso si son sistemáticos y evitables, no serán injustos (Daniels, 2008, p. 99). Serían “desigualdades residuales” no injustas. Lógicamente, una teoría que por el contrario optase por la igualdad en resultados de salud, podría considerar, en cambio, que estos resultados son injustos, incluso si no violaron un principio previo de justicia. Hasta aquí solo es un reflejo de estas dos diferentes aproximaciones. Pero el problema de aceptar la justificación de las “desigualdades residuales” podría darse en el caso de que una distribución desigual pero no injusta de renta y riqueza se tradujera en desigualdades sistemáticas mucho mayores y más profundas en resultados de salud. La forma en que los DSS actúan sobre los resultados de salud es variable y no se puede descartar esta posibilidad. De modo análogo, concentrarse en la igualdad en DSS y no en resultado de salud, parece aceptar la idea de que las desigualdades en salud no son especialmente inaceptables, comparadas con las desigualdades, por ejemplo, en renta y riqueza. Pero esto es un asunto que al menos puede ser puesto en discusión.

5.2. *¿Un nuevo principio de justicia?*

Precisamente problemas como el de las desigualdades residuales y el de las consecuencias del principio de diferencia han llevado a Fishman y Mackay (2019) a sugerir la segunda estrategia de adaptación del esquema rawlsiano a las evidencias del marco de los DSS. Esta estrategia consiste, como habíamos dicho, en una “extensión” de la teoría de Rawls. Pero en este caso la “extensión” es tan significativa que proponen nada menos que incorporar un nuevo bien social primario y un nuevo principio de justicia. Se trata por lo tanto de una operación que supone una modificación profunda del esquema rawlsiano, pues afecta a dos de los elementos nucleares de su teoría de la justicia. Si se compara con la “extensión” que había hecho Daniels para extender la justificación de la asistencia sanitaria desde la idea del “funcionamiento normal” como criterio para la justa igualdad

de oportunidades, la diferencia no puede ser mayor. Daniels había renunciado expresamente a aumentar el índice de bienes primarios y rechazado esta idea como inadecuada y por supuesto no había modificado un ápice los principios de justicia, sino que había buscado una reinterpretación conducente a ser inclusiva respecto a la cuestión de la salud. La propuesta de Fishman y Mackay, en cambio, propone modificar ambas cosas, por lo que más que una reinterpretación de Rawls, el resultado es una nueva propuesta, ampliamente inspirada en Rawls y muy rawlsiana, pero ya bien distinta. Representa, en este sentido, una enmienda parcial a la idea que hemos desarrollado —y de la que Daniels es el principal defensor— de que los DSS representan una reorientación que encaja perfectamente y reactualiza la teoría de Rawls en el ámbito de la salud.

Pero a la vez, la propuesta de Fishman y Mackay es profundamente rawlsiana. Por un lado, asume en su totalidad la teoría de Rawls y la toma como punto de partida para proponer unas modificaciones que, si bien son importantes, no se alejan ni del esquema general, ni del método, ni de las asunciones básicas, pues su pretensión es mejorarla y adaptarla. Por otro lado —y esto es incluso más importante— su propuesta sigue evaluando la igualdad y la desigualdad en salud y el *qué* de la distribución no a partir de los resultados en salud, sino a partir de unos principios previos. Como acabamos de ver, las desigualdades sistemáticas en salud podían analizarse en términos de justicia de dos formas: considerando las desigualdades sistemáticas en *resultados de salud* o en *determinantes sociales de la salud*. Pues bien, en esta propuesta, al igual que Daniels y lo que sería una cierta ortodoxia rawlsiana, no se trata de evaluar la justicia o injusticia de los resultados finales de salud, sino de establecer principios justos en la distribución de los elementos que los determinan. Lo que tratan con su propuesta es de afinar los principios para que los resultados no presenten problemas como el de unas desigualdades residuales en salud demasiado amplias que comprometan la plausibilidad de los criterios.

El nuevo bien social primario que proponen sería el de las “bases sociales de la salud” (Fishman y Mackay 2019, p. 609), que construyen a imagen de las *bases sociales del autorrespeto*. La razón para este nuevo bien social primario es que, si bien determinados DSS han resultado perfectamente recogidos por los bienes primarios sociales rawlsianos (como ha insistido Daniels), como son por ejemplo la educación o el ingreso absoluto, existen otros elementos que, por el contrario, no lo estarían, como puedan ser la posición laboral o el ingreso relativo. En todo caso, lo que constituyen los DSS es una cuestión fáctica abierta a la investigación empírica. Por esa razón, el contenido de este bien social estaría abierto a resultados de esas investigaciones, en lugar de venir enunciado *a priori* de acuerdo con las

intuiciones más o menos atinadas de los filósofos políticos. Complementariamente, la distribución de este bien social primario estaría gobernada por un nuevo principio de justicia, cuya formulación sería: “Las bases sociales de la salud se han de organizar de tal forma que tengan el mayor impacto de salud de los menos aventajados en la gradiente social de salud” (Fishman y Mackay, 2019, p. 616). Como se puede observar, este principio tendría una estructura análoga al principio de diferencia. De acuerdo con la propuesta de estos autores, este nuevo principio se ubicaría de tal forma que tendría prioridad lexical respecto al segundo principio —de manera análoga a como el primer principio de justicia tiene prioridad lexical en la teoría original (Rawls, 1971, p. 42).

No cabe duda de que los resultados de la aplicación de este principio tendrían probablemente consecuencias más igualitarias que la teoría original, ya no solo en los resultados de salud, sino también seguramente en general, en el grado en que determinadas desigualdades socioeconómicas sean o no aceptables como justas. La razón de ello es fácil de comprender, desde el momento en que los DSS (y por lo tanto las “bases sociales de la salud”) no solo incluyen, de hecho, aquellos bienes primarios sociales gobernados por el segundo principio de justicia, sino también algunos más. Pero de esta manera, si este principio, que aparentemente es más exigente, tiene prioridad sobre el principio de diferencia, entonces no se alcanza a ver qué papel juega este dentro de la teoría. El resultado de la adición de este nuevo principio de justicia podría, entonces, tener como resultado hacer que el principio de diferencia fuese inútil o redundante. La propuesta, por lo tanto, siendo atractiva no enmienda profundamente a la de Rawls. Más allá de las apariencias, que parecen sugerir una modificación menor destinada a completar la teoría, el resultado parece bastante alejado del modelo original. El juego de este nuevo principio pareciera hacer pivotar toda la cuestión de las desigualdades socioeconómicas en torno a la salud, lo que es un contraste agudo con la propuesta original de Rawls.

6. ¿SIGUE RAWLS SIENDO RELEVANTE PARA EL DEBATE SOBRE LA EQUIDAD EN SALUD?

La relevancia para el debate sobre la equidad en salud de la *Teoría de la Justicia* de Rawls, cincuenta años después de su publicación, es innegable. Como se ha podido ver, incluso si la propuesta inicial recogida en ese libro seminal trata la cuestión de la salud de forma tangencial y quizá no demasiado satisfactoria, ha tenido en cambio la capacidad de influir en el debate y de resultar ampliamente inspiradora. Tanto para desarrollar perspectivas

que seguían de una u otra manera sus pasos, como incluso para otras más alejadas. No es algo sorprendente, pues esto ha ocurrido en muchos otros ámbitos de discusión relacionados con la justicia y la equidad, así como en general con la filosofía moral y política contemporánea. Es también destacable, como hemos desarrollado, ese renacimiento o reinención de la teoría en el ámbito de la salud para abordar la novedad de los DSS.

Cabe, de todas formas, ofrecer un contrapunto. Evidentemente, no toda la discusión teórica sobre la equidad en salud ha girado en torno a bases rawlsianas. No sería razonable pensar que eso pudiera ser así y no se trata de mostrar aproximaciones diferentes y evaluar la riqueza de las mismas para negar la relevancia de Rawls. Pero en cambio sí es oportuno plantear si el debate articulado en torno a la propuesta rawlsiana ha sido relevante para ofrecer bases teóricas desde las que pensar e incidir en las principales cuestiones de justicia en torno a la salud. De lo que se lleva expuesto, creo que se justifica una respuesta positiva, al menos parcialmente. Pero quizá quepa admitir que algunas de esas cuestiones relevantes no han encontrado respuesta en los planteamientos rawlsianos. Justificaré esta afirmación a partir de dos ejemplos concretos: el del derecho a la salud y el del acceso a las medicinas esenciales. El derecho a la salud articula buena parte de las disputas políticas en torno a las políticas públicas de promoción de la salud y de la equidad en salud, tanto en el ámbito del derecho internacional como a nivel interno (con notables excepciones, como el caso de Estados Unidos). Ni Rawls ni muchos de sus seguidores en este campo han considerado la cuestión en términos de este derecho ni parece que haya habido una contribución a la discusión de su fundamento, en ocasiones con rechazos explícitos a su utilidad teórica y práctica (Hassoun, 2020). Pero quizá ha sido al precio de alejarse no solo de un debate sino también de prácticas sociales y políticas articuladas en torno a esta demanda. El otro ejemplo es la discusión sobre el acceso a las medicinas esenciales en la que el marco rawlsiano no ha sido relevante siquiera para sus seguidores (p.e. Pogge, 2008).

En todo caso, este contrapunto puede servir para contextualizar el alcance y los límites de la contribución del legado de Rawls a estos debates. Pero tras este recorrido se puede decir que este ha sido y sigue siendo enormemente relevante para el debate sobre la equidad en salud, no necesariamente por lo que el propio Rawls ha aportado, sino por su influencia en los debates y propuestas que ha generado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguayo, P. (2017). El rol del autorrespeto en la Teoría de la Justicia de John Rawls, *Hybris. Revista de Filosofía*, 8 (2), 55-76.
- Anderson, E. (1999). What is the Point of Equality? *Ethics*, 109, 287-337.
- Arneson, R., (2001). Luck and Equality. *Proceedings of the Aristotelian Society*, supplementary volume, 75, 73-90.
- Bartley, M. (2004). *Health inequality. An introduction to theories, concepts and methods*. Cambridge: Polity Press.
- Beauchamp, T. L. y J. F. Childress (1979). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Braveman, P., Egerter, S., Williams, D. R. (2011). The Social Determinants of Health: Coming of Age. *Annual Review of Public Health*, 32 (1), 381-98.
- Cohen, G. A. (1989). On the Currency of Egalitarian Justice. *Ethics*, 99: 906-44.
- Cohen, J. y J. Rogers (eds.) (2000). *Is Inequality bad for our health?* Boston: Beacon Press.
- Daniels (1975). *Reading Rawls. Critical Studies on Rawls' A Theory of Justice*. Nueva York: Basic Books.
- Daniels, N. (1981). Health-Care Needs and Distributive Justice. *Philosophy and Public Affairs*, 10-2, 146-179.
- Daniels, N. (1985). *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Daniels, N. (1996). *Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Daniels, N. (1998). Is there a right to health care and, if so, what does it encompass? En Kuhse y Singer (eds.). *A Companion to Bioethics* (pp. 316-325). Oxford: Blackwell Publishers.
- Daniels, N., Kennedy, B., Kawachi, I. (2000). Justice is good for our health. En Cohen y Rogers (eds.), *Is Inequality bad for our health?* Boston: Beacon Press.
- Dworkin, R. (1981) What is Equality? Part 2: Equality of Resources. *Philosophy and Public Affairs*, 10, 283-345.
- Dworkin, R., (2002). *Sovereign Virtue. The Theory and Practice of Equality*. Cambridge: Harvard University Press.
- Dworkin, R. (2002b) Justice and the High Cost of Health. En *Sovereign Virtue. The Theory and Practice of Equality* (pp. 307-319). Cambridge: Harvard University Press.
- Elster, J. (1992). *Local Justice. How Institutions Allocate Scarce Goods and Necessary Burdens*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Engelhardt, H. T. (1996). *The foundations of Bioethics* (2nd edition). Oxford: Oxford University Press.
- Fishman, J. y MacKay, D. (2019). Rawlsian Justice and the Social Determinants of Health, *Journal of Applied Philosophy*, 36-4, 608-625.
- Gutmann, A. (1999). For and Against Equal Access to Health Care. En *New Ethics for the Public's Health* (pp. 255-269). Oxford: Oxford University Press.

- Hassoun, N. (2020). The Human Right to Health: A defense. *Journal of Social Philosophy*, 51-2, 158-179.
- Jacobs, L. A., (2004). *Pursuing Equal Opportunities. The theory and practice of egalitarian justice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Krag, E. (2014). Health as Normal Function: A Weak Link in Daniels's Theory of Just Health Distribution. *Bioethics* 28 (8): 427-435.
- Marmot, M. y Wilkinson, R. (2006) *Social Determinants of Health*. Nueva York: Oxford University Press.
- Nozick, R. (1990). *Anarquía, Estado y Utopía*. México: FCE (original: *Anarchy, State and Utopia*. Oxford: Basil Blackwell, 1974).
- Nussbaum, M. (2006). *Frontiers of justice disability, nationality, species membership*. Cambridge, Mass.: Belknap Press.
- Pogge, T. (2008). Access to medicines. *Public Health Ethics*, 1-2, 73-82.
- Preda, A. y Voigt, K. (2015). The Social Determinants of Health: Why should we Care? *The American Journal of Bioethics*, 15 (3), 25-36.
- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Rawls, J. (1988). Las libertades fundamentales y su prioridad, En S. McMurrin (ed.), *Libertad, igualdad y derecho*: Barcelona, Ariel (original: The basic liberties and their priority, En S. McMurrin (ed.) *Liberty, Equality, and Law (Selected Tanner Lectures on Moral Philosophy)*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987).
- Rawls, J. (1999). *A Theory of Justice. Revised edition*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Ribotta, S. (2009). *John Rawls. Sobre (des)igualdad y justicia*. Madrid: Dykinson.
- Segall, S. (2010). *Health, Luck and Justice*. Princeton: Princeton University Press.
- Sen, A. (1988). ¿Igualdad de qué? En S. McMurrin (ed.). *Libertad, igualdad y derecho*. Barcelona: Ariel (original: Equality of What? En S. McMurrin (ed.) *Liberty, Equality, and Law (Selected Tanner Lectures on Moral Philosophy)*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987).
- Sen, A. (2000). Foreword. En Cohen y Rogers (eds.). *Is Inequality bad for our health?* (pp. vii-xvii). Boston: Beacon Press.
- Sreenivasan, G. (2009). Ethics and Epidemiology: Residual Health Inequalities. *Public Health Ethics*, 2 (3), 244-249.
- Venkatapuram, S. (2011). *Health Justice. An Argument from the Capabilities Approach*. Cambridge: Polity Press.
- Vidiella, G. (2000). *El derecho a la salud*. Buenos Aires: Eudeba.
- WHO (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Ginebra: World Health Organization.

