

Este documento está publicado en:

Lema Añón, C. (2020). La revolución de los determinantes sociales de la salud: derecho a la salud y desigualdad. *Anuario de Filosofía del Derecho*, XXXVI, pp. 289-317.

DOI: [10.53054/afd.vi36.2382](https://doi.org/10.53054/afd.vi36.2382)

© España, Ministerio de Justicia, 2020



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

# La revolución de los determinantes sociales de la salud: derecho a la salud y desigualdad<sup>1</sup>

## *The Social Determinants of Health Revolution: Right to Health and Inequality*

Por CARLOS LEMA AÑÓN  
Universidad Carlos III de Madrid

### RESUMEN

*La investigación empírica sobre los determinantes sociales de la salud ha puesto de manifiesto la existencia de factores sociales no médicos que afectan de forma significativa a la salud de las personas. Son, además, los responsables de diferencias evitables e injustas en el estatus de salud, tanto entre países como a nivel interno. El derecho a la salud, entendido como el derecho al disfrute del más alto nivel de salud física y mental, ha de ser pensado a la luz de los determinantes sociales de la salud, de forma especial para la reducción de las desigualdades injustas en salud. Estas desigualdades plantean una serie de cuestiones que han de afrontarse a partir de un intercambio entre ética y epidemiología que permita establecer criterios para combatirlas.*

Palabras clave: *Derecho a la salud. Determinantes sociales de la salud. Desigualdad. Inequidad en salud.*

---

<sup>1</sup> 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.

## ABSTRACT

*Empirical research on social determinants of health conducted in recent years has unveiled the existence of non-medical social elements that significantly affect people's health. They are also responsible for avoidable and unfair differences in health status among and within countries. The right to health, understood as the right to the highest attainable standard of health, must be reconsidered from the social determinants of health perspective, especially to reduce inequality in health. Health inequalities raise a series of challenges that should be faced through cooperation between ethics and epidemiology, to establish criteria to reduce them.*

*Keywords: Right to Health. Social Determinants of health. Inequality. Health Inequity.*

**SUMARIO:** 1. LA REVOLUCIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: 1.1 *Las evidencias respecto a los determinantes sociales de la salud.* 1.2 *El significado de los determinantes sociales de la salud.* – 2. EL DERECHO A LA SALUD ANTE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. – 3. LAS DESIGUALDADES EN SALUD, ENTRE ÉTICA Y EPIDEMIOLOGÍA: 3.1 *Las desigualdades evitables.* 3.2 *Sobre las vías directas o indirectas de evaluar las inequidades en salud.* 3.3 *Las desigualdades residuales.* – 4. CONCLUSIÓN.

**SUMMARY:** 1. THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH REVOLUTION: 1.1 *Evidence regarding the social determinants of health.* 1.2 *The meaning of the social determinants of health.* – 2. THE RIGHT TO HEALTH CARE IN FACE OF THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. – 3. INEQUALITIES IN HEALTH, FROM EPIDEMIOLOGY TO ETHICS: 3.1 *Avoidable inequalities.* 3.2 *Direct and indirect approaches to health inequities.* 3.3 *Residual inequalities.* – 4. CONCLUSION.

## 1. LA REVOLUCIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En las últimas décadas se ha ido desarrollando progresivamente y consolidando un campo de investigación empírica respecto a los llamados determinantes sociales de la salud (DSS)<sup>2</sup>. Este programa de

---

<sup>2</sup> El origen de la «revolución» de los determinantes sociales de la salud puede datarse de forma bastante precisa en el comienzo de los años ochenta del pasado siglo. El hito más destacado será el *Black Report*, informe oficial publicado en el Reino Unido en 1980 en el que se constataba y analizaba que la esperanza de vida

investigación y corpus de conocimiento ha venido a confirmar que existen una serie de factores sociales que afectan a la salud de manera significativa, que son causa de resultados de salud diferentes entre poblaciones o al interior de una misma población<sup>3</sup>. Lo significativo de estas diferencias en los resultados de salud es que no pueden remitirse a causas meramente naturales, sino que se explican a partir de causas sociales que tienen que ver con estructuras, instituciones, políticas y opciones –en general, factores socialmente controlables– con consecuencias importantes para la salud de las poblaciones. Cabe añadir que, cuando se habla de determinantes sociales de la salud se excluye convencionalmente a los sistemas de protección de la salud y al tratamiento médico de la salud, o al menos se enfatiza la parte que no tiene que ver con estas instituciones. No porque estrictamente estos sistemas e instituciones no sean componentes sociales, sino para destacar, estudiar separadamente y evaluar la importancia de los factores que afectan a la salud más allá de los sistemas e instituciones explícitamente destinadas a su cuidado. Así pues, cuando hablamos de determinantes sociales de la salud, estamos hablando de determinantes no médicos.

### 1.1 Las evidencias respecto a los determinantes sociales de la salud

Unos pocos ejemplos significativos sirven para situar la cuestión. Se puede empezar por uno bien conocido, como es la diferencia en esperanza de vida al nacer<sup>4</sup> en distintos países: según los datos del PNUD, en 2018 la esperanza de vida al nacer se movía entre

---

estaba fuertemente vinculada con la posición económica y social, algo que tres décadas de sistema de salud universal no había logrado revertir (*Inequalities in Health: The Black Report and the great divide*, London, Penguin Books, 1982). Este (re)descubrimiento hay que matizarlo con la constatación de que se puede rastrear toda una tradición teórica y práctica de medicina social de mucho mayor recorrido histórico (en Europa primero y en Latinoamérica después) pero que había sido ignorada por las corrientes hegemónicas de la medicina y la salud pública. Sobre esta tradición y su influencia el Latinoamérica véase WAITZKIN, H. (*et al.*), «Social Medicine then and Now: Lessons from Latin America», *American Journal of Public Health*, 91 (10), 2001, pp. 1592-1601; y PEÑA, F.; LÓPEZ ARELLANO, O., «Health and Society. Contributions of Latin American Perspectives», *Social Medicine* 1 (3), 2006, pp. 156-174.

<sup>3</sup> La OMS los define así: son 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/](https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/)).

<sup>4</sup> La esperanza de vida es un indicador indirecto de salud. Resulta útil porque es objetivo, manejable, gráfico y fácilmente comparable, pero tiene limitaciones claras para medir específicamente el estado de salud. Así, por ejemplo, la esperanza de vida de las mujeres es generalizadamente mayor que la de los hombres, pero si se introducen otras mediciones, incluyendo las subjetivas, no necesariamente se traduce en más años de vida saludables (véase para Europa SOLÉ-AURÓ, A. (*et al.*), «Do women in

los 52,2 años de Sierra Leona y los 84,2 de Hong Kong<sup>5</sup>. Naturalmente, para explicar estas diferencias hay que acudir a factores sociales, pero este dato en bruto todavía sería compatible con atribuirlo a la pobreza y, consecuentemente, a la inexistencia de sistemas de salud adecuados. La pobreza y la falta de recursos parece ser un determinante –por otra parte, nada sorprendente– de la salud de las poblaciones. Pero lo cierto es que, a partir de un determinado umbral, el aumento de la riqueza de un país no se traduce en un aumento de esperanza de vida, por lo que son otros los factores más relevantes<sup>6</sup>. Entre ellos, lógicamente, está el acceso a servicios médicos de calidad; sin embargo, tampoco este acceso puede acreditar en su totalidad las diferencias observadas, si se tiene en cuenta por ejemplo que se ha calculado que en Estados Unidos de los treinta años de esperanza de vida que se ganaron durante el siglo XX apenas unos cinco se deberían poner en el haber de la mejora de la medicina<sup>7</sup>. En el mismo sentido, en igualdad de condiciones, tampoco el mayor o menor gasto sanitario de un país se traduce necesariamente en una mejora equivalente de la salud<sup>8</sup>.

Si de la comparación entre países nos vamos a las diferencias dentro de ellos, algunos de los hallazgos y consecuencias de las investigaciones sobre los determinantes sociales de la salud se hacen más llamativos. En los Estados Unidos, por ejemplo, la diferencia de esperanza de vida en los hombres situados en el 1% superior e inferior en cuanto a ingresos se sitúa en 14,6 años<sup>9</sup>. La desigualdad que existe

---

Europe live longer and happier lives than men?», *European Journal of Public Health*, V. 28, I. 5, 2018, pp. 847-852).

<sup>5</sup> Se pueden consultar estos datos en <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688?lang=en#>. Los datos son para ambos sexos agregados.

<sup>6</sup> DANIELS, N.; KENNEDY, B.; KAWACHI, I., «Justice is good for our health», en J. Cohen y J. Rogers (eds.), *Is Inequality bad for our health?*, Boston, Beacon Press, 2000, p. 8; WILKINSON, R.; PICKETT, K.; *The Spirit Level. Why Equality is Better for Everyone*, London, Penguin, 2010, pp. 15 ss.

<sup>7</sup> HOUSE, J. S.; WILLIAMS, D., «Understanding and Reducing Socioeconomic and Racial/Ethnic Disparities in Health», en R. Hofrichter (ed.), *Health and Social Justice. Politics, ideology, an inequity in the distribution of disease*, San Francisco, Jossey-Bass, 2000, p. 97. Históricamente, los mayores avances en salud se han debido a reformas sociales relativas a las condiciones de trabajo (abolición del trabajo infantil, reducción de la jornada laboral, protección social del trabajo), la reducción de la pobreza, las mejoras en las condiciones de vida, la seguridad alimentaria, etc. (HOFRICHTER, R., «The politics of health inequities. Contested terrain», en R. Hofrichter (ed.), *Health and Social Justice*, cit., p. 2; ROSEN, G., *A History of Public Health. Expanded Edition*, Baltimore and London, John Hopkins University Press, 1993, p. 314 ss.; PORTER, D., *Health, Civilization and the State. A history of public health from ancient to modern times*, London and New York, Routledge, 1999, pp. 79 ss.).

<sup>8</sup> BARRY, B., *Why Social Justice Matters*, Cambridge, Polity Press, 2005, p. 72.

<sup>9</sup> CHETTY, R. (et al.), «The Association between Income and Life Expectancy in the United States, 2001-2014», *Jama*, 315 (16), 2016, pp. 1750-46. La diferencia de esperanza de vida entre los afroamericanos de Washington DC y los blancos del vecino condado de Montgomery (Maryland) era de 17 años en 2001, de acuerdo con las cifras recogidas en el informe de la OMS sobre condicionantes sociales de la salud (CSDH; *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social*

en este país en cuanto al acceso a los servicios médicos, así como la existencia de numerosa población sin seguro médico<sup>10</sup> podría hacer pensar que esta es la razón de esos resultados. Sin embargo, esta diferencia de esperanza de vida por posición social no es una particularidad de Estados Unidos, sino que ha sido constatada en múltiples contextos, incluso en aquellos que cuentan con aseguramiento universal y condiciones más equitativas de acceso a la asistencia sanitaria. Por ejemplo, en el Reino Unido, en el que existe un Sistema Nacional de Salud con cobertura universal, la diferencia de esperanza de vida de profesionales y directivos frente a trabajadores manuales es de casi 10 años<sup>11</sup>. Esto último es probablemente uno de los aspectos más llamativos de la investigación sobre los determinantes sociales de la salud: la posición social tiene una relevancia enorme en los resultados de salud, incluso con independencia del acceso a los cuidados médicos. A esto hay que añadir otro hallazgo llamativo de estas investigaciones, como es que estas diferencias de salud no solo se dan en los extremos, sino que se producen a lo largo de la escala social, en lo que se conoce como *gradiente socioeconómico*<sup>12</sup>. En definitiva, la investigación sobre los determinantes sociales de la salud ha venido vinculando de forma sistemática las condiciones sociales de ventaja y desventaja con los resultados de salud<sup>13</sup>.

Cuáles sean en concreto estos factores –o cuáles de ellos son más decisivos– y a través de qué mecanismos operan es una cuestión más debatida y abierta<sup>14</sup>. Pero es claro que pueden existir –por un lado– determinantes sociales próximos espacial y temporalmente a los resultados de salud, tales como el conocimiento general sobre la salud, las actitudes, creencias y comportamientos (piénsese, por ejemplo, en el

---

*determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, Geneva, World Health Organization, 2008, p. 32).

<sup>10</sup> Según datos de la Oficina del Censo, en 2017 el 8,8% de la población (28,5 millones de personas) no habían tenido ningún tipo de seguro médico en ningún momento de ese año (BERCHICK, E. R., HOOD, E.; BARNETT, J. C., *Current Population Reports: Health Insurance Coverage in the United States: 2017*, Washington DC, U.S. Government Printing Office, 2018, p. 1).

<sup>11</sup> BENACH, J.; MUNTANER, C., *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*, Barcelona, El Viejo Topo, 2005, p. 52.

<sup>12</sup> DANIELS, N.; KENNEDY, B.; KAWACHI, I., «Justice is good for our health», cit., p. 17.

<sup>13</sup> Para una revisión general sobre la evidencia relativa a los determinantes véase Hofrichter, R. (ed.), *Health and Social Justice: Politics, Ideology, and Inequity in the Distribution of Disease*, cit.; BARTLEY, M., *Health inequality. An introduction to theories, concepts and methods*, Cambridge, Polity Press, 2004; MARMOT, M.; WILKINSON, R., *Social Determinants of Health*. New York, Oxford University Press, 2006; y BRAVEMAN, P.; EGERTER, S.; WILLIAMS, D. R., «The Social Determinants of Health: Coming of Age», *Annual Review of Public Health* 32 (1), 2011, pp. 381-98.

<sup>14</sup> Una evaluación de las principales teorías que aspiran a dar cuenta de tales mecanismos puede verse en MCCARTNEY, G. (*et al.*), «What (Or Who) Causes Health Inequalities: Theories, Evidence and Implications?», *Health Policy* 113 (3), 2013, pp. 221-227 y también en BARTLEY, M., *Health inequality. An introduction to theories, concepts and methods*, cit., pp. 8 ss.

hábito de fumar). Y también –por otro lado– determinantes de carácter más general y estructural que, o bien dan forma a los anteriores o bien producen efectos sobre la salud, solo que de forma más mediada y a través de cursos causales más complejos<sup>15</sup>. En todo caso, los recursos y oportunidades socioeconómicas, así como las condiciones de vida y de trabajo influyen en los resultados de salud y trasladan las diferencias sociales en diferentes resultados de salud.

Sin ánimo de exhaustividad, se pueden mencionar algunos de estos factores sociales que influyen (diferencialmente) en la salud. Entre ellos están las condiciones ambientales, las circunstancias y condiciones laborales, la educación, la renta y riqueza, o el racismo y el sexismo, entre otros. En efecto, las condiciones de vida pueden influir en la salud: a través de características ambientales, tales como la calidad del aire o del agua, la exposición a sustancias dañinas (por ejemplo, usadas en la construcción), la posibilidad de hacer ejercicio, el tráfico, la dotación de servicios educativos, de transporte o médicos, así como las oportunidades laborales existentes. También las condiciones del lugar de trabajo, tanto físicas (seguridad e higiene), como las psicosociales: horarios, falta de control sobre el propio trabajo, entorno laboral, inseguridad en el empleo, condiciones laborales, condiciones salariales, etc. La educación y el logro de resultados educativos es otro de los elementos que han sido estudiados en su relación con la salud: una mayor educación estaría vinculada con mayor conocimiento sobre salud y comportamientos saludables, al tiempo que mejoraría las oportunidades laborales, ingresos, mayor percepción de control y mejor autopercepción, etc. Las condiciones de acceso a recursos económicos son, por supuesto, uno de los aspectos más relevantes, pues ya se ha mencionado cómo estos se relacionan con la vivienda y el entorno, el trabajo y la educación. Pero por otra parte, tanto el ingreso como la riqueza constituyen determinantes sociales de la salud en sí mismos, con independencia de su incidencia sobre los anteriores factores<sup>16</sup>. Algo similar se puede decir respecto al racismo, pues si bien las estructuras de desigualdad social y segregación afectan al acceso a entornos habitacionales y laborales saludables, a las oportunidades educativas y a las ventajas económicas, el racismo y la discriminación

---

<sup>15</sup> Para captar esta idea Braveman («The Social Determinants of Health: Coming of Age», cit., p. 383) utilizan este símil: los habitantes de una zona próxima a un río enferman por consumir el agua contaminada por los vertidos de una industria situada río arriba. Beber agua contaminada es la causa más próxima de la enfermedad, pero la causa fundamental tiene que ver con los vertidos, aunque resulta más lejana espacial y temporalmente. El remedio más inmediato y directo sería tratar el agua con filtros, pero eso podría producir disparidades sociales de salud, pues se beneficiarían sobre todo quienes pudieran comprar los filtros o agua embotellada. Una solución más estructural, efectiva e igualitaria, pero también más compleja, sería actuar sobre la causa fundamental.

<sup>16</sup> BRAVEMAN, P.; Egerter, S.; WILLIAMS, D. R., «The Social Determinants of Health: Coming of Age», cit., p. 387.

constituyen, de forma independiente a los anteriores factores, elementos que afectan a los resultados de salud a través de las vivencias de prejuicio y discriminación. La complejidad en la que se dan las conexiones causales entre los determinantes más generales y la salud resulta intrincada. Pero de manera general se puede decir que las injusticias sociales se acaban integrando en los individuos en forma de enfermedades o, como lo expresa Farmer, las fuerzas sociales, políticas y económicas se encarnan (*embody*) en las experiencias individuales y estructuran el riesgo de padecer enfermedades<sup>17</sup>.

## 1.2 El significado de los determinantes sociales de la salud

No es sorprendente que, a la vista de todo esto, se haya llegado a hablar de la *revolución* de los determinantes sociales de la salud<sup>18</sup>. Podemos señalar alguna de las razones para ello. En primer lugar, se trata de unas investigaciones que ofrecen resultados que en muchos casos son, o fueron, sorprendentes. No sorprende que la pobreza se relacione con problemas de salud, puesto que resulta coherente con la certeza de sentido común respecto a que la privación material de las necesidades más básicas tiene consecuencias negativas para la salud. Pero sí resulta más sorprendente que las tenga la desigualdad, con resultados sensibles en personas que en ningún sentido afrontan condiciones materiales de privación; o que haya una marcada gradiente social respecto a la salud.

En segundo lugar, estos resultados, más allá de lo sorprendentes o no que resulten, ponen en cuestión algunas asunciones bien asentadas en las políticas públicas respecto a la salud y obligan a poner el foco en cuestiones poco consideradas. Es cierto que la perspectiva social de la medicina y las estrategias de salud pública –que comparten ciertos rasgos con la aproximación basada en los determinantes sociales de la salud– tienen cierta importancia y recorrido histórico. También es cierto, desde la perspectiva de los derechos humanos, que el derecho a la salud no ha estado desvinculado –al menos en las declaraciones y pactos de carácter universal– de elementos vinculados con las condiciones materiales que afectan a la salud. Pero en uno y otro caso, estos puntos de vista han sido secundarios y lo que ha primado hasta nuestros días es una aproximación a la protección de la salud centrada en la atención fundamentalmente médica a la enfermedad y en un dere-

---

<sup>17</sup> FARMER, P., *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley-Los Angeles-London, University of California Press, 2003, p. 30. Wilkinson y Pickett se refieren a como la desigualdad penetra «bajo la piel», para lo que ofrecen una explicación de carácter psicosocial (WILKINSON, R.; PICKETT, K., *The Spirit Level. Why Equality is Better for Everyone*, London, Penguin, 2010, pp. 31 ss.).

<sup>18</sup> Por ejemplo WEINSTOCK, D. M., «Health Justice After the Social Determinants of Health Revolution», *Social Theory & Health* 13 (3-4), 2015, pp. 437-53, si bien desde una aproximación más bien crítica a cómo se ha incorporado esta cuestión.



cho a la salud y una *ciudadanía de la salud* basada en garantizar el acceso a los servicios médicos. La moderna investigación sobre los determinantes sociales de la salud sugiere, sin embargo, que no se puede dar por supuesto que la forma única, privilegiada o más eficiente de proteger la salud sea la basada en una actuación médica individual sobre la enfermedad. Y demuestra que tal perspectiva resulta insuficiente para prevenir o reducir las desigualdades en salud.

Un tercer elemento de esta revolución de los determinantes sociales de la salud es que plantea algunas propuestas y perspectivas novedosas tanto para mejorar la salud de las personas como para reducir las desigualdades en salud, a través de la intervención directa sobre los determinantes sociales de la salud. No se puede dar por descontado que las propuestas en este sentido sean en todo caso más eficientes que las tradicionales o que estén exentas de problemas teóricos, conceptuales y prácticos de calado. Pero al menos en lo que se refiere a la reducción de las desigualdades en salud, no cabe ninguna duda de que la intervención sobre los determinantes sociales de la salud parece la única opción realista.

Un último motivo para entender la revolución que ha supuesto el desarrollo de la investigación sobre los determinantes sociales de la salud radica en el interés que han suscitado por parte de instituciones y actores, sobre todo a nivel internacional. Cabe aquí destacar a la Organización Mundial de la Salud, que ha promovido esta línea de trabajo desde hace más de una década<sup>19</sup>, si bien no parece que esté completamente integrada en su agenda<sup>20</sup>.

Cabe hacerse la pregunta de qué implicaciones tendría esta revolución de los determinantes sociales de la salud para el derecho y los derechos humanos, particularmente para el derecho a la salud. Se va a defender aquí que desde el ámbito jurídico es necesario incorporar estos hallazgos en la medida en que pueden tener implicaciones

---

<sup>19</sup> LA OMS estableció en 2005 una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, que entregó su informe en 2008 (CSDH; *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*, Geneva, World Health Organization, 2008). En octubre de 2011 se celebró en Rio de Janeiro la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la salud, que aprobó una declaración que fue posteriormente adoptada por la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2012 (el texto de la Declaración puede consultarse en [https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_Spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf?ua=1)).

<sup>20</sup> El plan de acción 2013-20 de la OMS para la prevención y control de enfermedades no comunicables identifica una serie de factores de riesgo (alcohol, tabaco, insuficiente actividad física, presión arterial, consumo de sal, diabetes y obesidad) con el objetivo marcado de reducir las muertes prematuras por enfermedades no comunicables en un 25% para 2025 (25x25). Como han mostrado STRINGHINI *et al.*, «Socioeconomic Status and the 25x25 Risk Factors as Determinants of Premature Mortality: A Multicohort Study and Meta-Analysis of 1.7 Million Men and Women», *The Lancet* 389 (10075), 2017, pp. 1229-37, el bajo estatus socioeconómico tiene un efecto en la salud comparable y en muchos casos superior a estos factores, por lo que debería de haber sido incorporado junto a ellos en las estrategias de salud.

importantes para el propio concepto, contenido y garantías derecho a la salud, para los sistemas de salud y para las políticas públicas de salud<sup>21</sup>. Pero al mismo tiempo se va a defender que esta recepción no puede hacerse de forma directa y sin un esfuerzo teórico para precisar su verdadero alcance, en un diálogo de ida y vuelta con la epidemiología y en general con la investigación empírica sobre los determinantes sociales de la salud.

## 2. EL DERECHO A LA SALUD ANTE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El derecho a la salud es generalmente entendido en el ámbito internacional como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, de acuerdo con la formulación contenida en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 (PIDESC)<sup>22</sup>. La idea de los determinantes sociales de la salud no está presente en esta formulación más que de forma indirecta y en todo caso muy matizada. Sin embargo, hay razones para sostener que la interpretación de este derecho ha de abrirse a una consideración de los determinantes sociales de la salud, al menos por dos razones.

En primer lugar, porque la perspectiva subyacente a la idea de determinantes sociales de la salud, es decir, que existen factores sociales más allá de la atención sanitaria que inciden en la salud, no es ajena a la formulación y a la tradición del derecho a la salud. En efecto, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 25 ya vinculaba la salud con las condiciones de vida adecuadas y con otras dimensiones sociales. Aunque este vínculo no se profundizó en la formulación del artículo 12 del PIDESC, no se puede decir que

---

<sup>21</sup> Aunque no va a ser objeto de discusión aquí, los esfuerzos efectivos de incorporar los determinantes sociales de la salud en el ámbito jurídico y en la definición de políticas públicas a nivel de los Estados han sido todavía más magros que en el ámbito de la OMS. En España, solo en 2011 se adopta una legislación comprensiva de salud pública, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. En su artículo 19.2 define los determinantes de la salud como «los factores sociales, económicos, laborales, culturales, alimentarios, biológicos y ambientales que influyen en la salud de las personas». Aunque por primera vez se reconoce la existencia de determinantes sociales de la salud, poco se avanza más allá de esta definición.

<sup>22</sup> «Artículo 12.1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de agregar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene en el trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas. d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.»

se abandonase por completo<sup>23</sup>. Pero todavía más significativa es la interpretación que se ha ido abriendo paso respecto al contenido y el alcance del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, que no desconoce su dimensión social. En efecto, el principal documento para la interpretación del artículo 12 es la Observación General núm. 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas<sup>24</sup>. En este documento se reconoce el estrecho vínculo entre el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos humanos cuyo contenido aparece en muchos casos conectado con determinantes sociales de la salud (derechos 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, a la libertad de asociación, reunión y circulación, etc.)<sup>25</sup>. Por otro lado, y en la misma línea de razonamiento, se afirma que el derecho a la salud «abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano»<sup>26</sup>.

<sup>23</sup> No era impensable que la formulación hubiese apuntado de forma más clara en esa dirección. Paradójicamente, la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, que en general es más imprecisa, parece más incisiva en su artículo 25 en la relación entre el derecho a la salud, un nivel de vida adecuado y aspectos que más tarde serán conceptualizados como determinantes sociales de la salud («Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad»). Lo que la formulación del Pacto gana en precisión, lo pierde en señalar esta dimensión del derecho a la salud. A este cambio no es ajeno el giro tecnocrático y medicalizador que había tomado en ese tiempo la OMS (MEIER, B., «The World Health Organization, the evolution of human rights, and the failure to achieve Health for All», en HARRINGTON, J.; STUTTFORD, M., *Global Health and Human Rights. Legal and philosophical perspectives*, London y New York, Routledge, 2010, pp. 172-175).

<sup>24</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>25</sup> No es de extrañar por eso que los propios derechos humanos y su garantía hayan sido tematizados como determinantes sociales de la salud ellos mismos. Sobre cómo la garantía de los derechos, como determinante social de la salud puede reducir las disparidades raciales de salud véase HAHN, R. A. (*et al.*), «Civil Rights as Determinants of Public Health and Racial and Ethnic Health Equity: Health Care, Education, Employment, and Housing in the United States» *SSM-Population Health*, vol. 4, 2018, pp. 17-24.

<sup>26</sup> ONU, CDESC, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. E/C.12/2000/4, OG núm. 14, cit.

La segunda razón por la cual el derecho a la salud ha de abrirse a una consideración de los determinantes sociales de la salud es todavía más relevante. Tiene que ver con que las dos principales dimensiones que pone de manifiesto la investigación de los determinantes sociales de la salud afectan a elementos centrales de este derecho humano. Para ello tenemos que empezar por identificar y distinguir esos dos diferentes elementos básicos que la investigación sobre los determinantes sociales de la salud revela: los determinantes sociales de la salud afectan tanto al *nivel de salud* de una población como a las *desigualdades de salud* en el seno de esa población. Esta distinción alude también a dos fines valiosos pero diferentes, como son aumentar el nivel de salud y reducir las desigualdades (injustas) de salud (así como a la posibilidad de utilizar el conocimiento derivado de la investigación sobre los determinantes sociales de la salud para el diseño, la puesta en marcha y la evaluación de políticas públicas destinadas a mejorar el nivel de salud y/o a reducir las desigualdades de salud). Ambas podrían plantearse como aproximaciones complementarias o como alternativas, pero en todo caso aluden a estrategias diferentes de las tradicionales basadas en el acceso a la asistencia sanitaria.

Es importante distinguir, pues, que estamos ante dos objetivos diferentes, aunque ambos afectados por los determinantes sociales de la salud. No se trata ahora de enfatizar esta distinción para apreciar que pueden llegar a convertirse en objetivos potencialmente conflictivos, lo cual no se puede descartar, aunque no va a ser objeto de discusión aquí<sup>27</sup>. De lo que se trata es de argumentar que, aun siendo dos objetivos diferentes, ambos forman parte del contenido del derecho a la salud. Respecto al primero de los aspectos, a la mejora del *nivel de salud*, es precisamente lo que se recoge en la formulación del artículo 12 del PIDESC. Si los determinantes sociales de la salud inciden en el nivel de salud de las personas entonces el cumplimiento y la garantía efectiva del derecho impone tomarlos en consideración para alcanzar el más alto nivel posible de salud, e implica actuar sobre ellos para hacerlo. La manera en que esto se concrete y el alcance que tenga es debatible, pero se puede decir que tomar en consideración el marco de los determinantes sociales de la salud hace insostenible la reducción del derecho a la salud al derecho a la asistencia sanitaria.

El elemento de las *desigualdades en salud* también está recogido en el derecho a la salud. En el propio artículo 12 se habla de un dere-

---

<sup>27</sup> Para esta discusión puede verse PREDÁ, A., y VOIGT, K., «The Social Determinants of Health: Why should we Care?», cit. pp. 33-34, y de modo más general MECHANIC, D., «Disadvantage, Inequality, and Social Policy», *Health Affairs* 21 (2), 2002, pp. 48-59, si bien este autor no toma en consideración los determinantes sociales de la salud. En realidad, esta discusión acabaría por reproducir, utilizando la métrica de los resultados de salud, todo el debate relativo a las objeciones a la igualdad derivadas del problema de la *nivelación a la baja* (sobre esta cuestión, RIBOTTA, S., «Defendiendo la igualdad de la objeción de nivelar a la baja», *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*, núm. 36, 2017, pp. 149-68.

cho «*de toda persona*», lo que por otra parte es una formulación generalizada a lo largo de todo el pacto. Esta formulación refuerza la idea de que los derechos humanos son derechos de todos sin excepción, pero también derechos iguales. La refuerza, pero ni siquiera sería necesaria esta formulación, pues en la propia noción teórica de los derechos humanos está incorporada la idea de su titularidad igual y sin excepciones<sup>28</sup>. O, dicho de otra manera, si no es un derecho para todos y en igualdad no sería un derecho humano. De esta manera, las *desigualdades en salud* pasan a convertirse en un problema para el derecho a la salud, o inversamente, la reducción de desigualdades en salud forma parte también del contenido del derecho a la salud. Si el derecho a la salud se limitara únicamente al derecho a la asistencia sanitaria, el requisito básico para cumplir con el contenido igual del derecho podría limitarse a garantizar la accesibilidad de todos a los servicios de salud<sup>29</sup>. Pero esta visión limitada, desde el punto de vista de lo que se sabe sobre los determinantes sociales de la salud, no se puede mantener. No únicamente porque hay otros factores que inciden en la salud (nivel de salud). También porque se ha constatado que el acceso igual a los servicios de salud no es suficiente por si solo para reducir las desigualdades en salud pero que, en cambio, sí hay otros factores que pueden contribuir a hacerlo.

Por lo tanto, las dos dimensiones en las que se manifiestan los principales hallazgos de la investigación sobre los determinantes sociales de la salud (*nivel de salud* y *desigualdades en salud*) son relevantes para el derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud. Ahora bien, la forma en que ambas dimensiones han de ser incorporadas al derecho a la salud varía sensiblemente, por más que ambos son objetivos deseables y formen parte del contenido del derecho. La forma en que sea posible aumentar el nivel de salud recurriendo a los hallazgos relacionados con los condicionantes sociales de la salud es una cuestión que ante todo tiene una dimensión técnica relacionada con las formas más eficaces de hacerlo. En cambio, la cuestión de las desigualdades en salud plantea inmediatamente dimensiones normativas que tienen que ver con la justicia social y para cuya concreción sería necesario discutir las teorías de la justicia subyacentes.

No se trata de hacer una jerarquización de ambas dimensiones (nivel de salud y desigualdades en salud). Ambas son aportaciones de la investigación sobre los determinantes sociales de la salud que inciden en el derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental. Pero la segunda se vincula con la discusión de la justicia social, pues no se trata tan solo de reducir el mal asociado a

---

<sup>28</sup> FERRAJOLI, L., «Derechos Fundamentales», en *Derechos y garantías. La ley del más débil*, Madrid, Trotta, 1999, p. 37.

<sup>29</sup> O de forma más completa, y de acuerdo una vez más con la Observación general núm. 14: a la *disponibilidad, accesibilidad* (que implica entre otras cosas la no discriminación y la accesibilidad económica), *aceptabilidad* y *calidad* de los mismos.

la mala salud o la enfermedad (por más que pueda venir parcialmente influida por causas sociales), sino también de reducir el mal o la injusticia *social* que supone que algunas personas o grupos tengan una salud deteriorada respecto a otras personas por causas socialmente determinadas y evitables. Pero esto ya no es una cuestión puramente de cuáles serían los mecanismos más eficaces para reducir la desigualdad en salud. Hay también que definir en qué sentido las desigualdades en salud son rechazables y por qué, o de forma más precisa, qué desigualdades lo son. Los ejemplos que se han mencionado, como los distintos resultados de salud según la posición socioeconómica parecen claramente ejemplos de desigualdades en salud que tienen un carácter injusto. Pero no cualquier diferencia de resultados de salud tiene por qué suponerse que constituye una desigualdad injusta (o una violación del derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental). El siguiente apartado se dedicará a analizar esta cuestión.

### 3. LAS DESIGUALDADES EN SALUD, ENTRE ÉTICA Y EPIDEMIOLOGÍA

No toda diferencia en salud, ni siquiera toda diferencia de salud sistemática entre grupos constituye siempre y necesariamente una desigualdad injusta en salud. Es decir, conceptualmente hay que hacer una distinción entre lo que constituyen las *desigualdades* en salud y las *inequidades* en salud (o conceptos análogos que capten esta distinción, como diferencias/desigualdades, desigualdades/desigualdades injustas, etc.)<sup>30</sup>. Ahora bien, la elaboración de estos conceptos y sobre todo su aplicación a los distintos supuestos constituye un campo de intersección entre ética y epidemiología en el que importa tanto entender las causas que generan las desigualdades en salud como los principios éticos relevantes para identificarlas como injustas y combatirlas.

---

<sup>30</sup> La distinción entre los conceptos de desigualdades en salud e inequidades en salud para captar esta diferencia viene siendo ampliamente usada sobre todo en el ámbito de la epidemiología y la medicina social para enfatizar la necesidad de asumir la vertiente normativa y valorativa de la segunda [véase en este sentido CHANG, W. C., «The Meaning and Goals of Equity in Health», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56 (7), 2002, pp. 488-491, y BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S., «Defining Equity in Health», *Journal of Epidemiology and Community Health*, núm. 57, 2003, pp. 254-258]. Este uso se remonta a la seminal aportación de M. Whitehead [WHITEHEAD, M., «The Concepts and Principles of Equity and Health», *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 22 (3), 1992, pp. 429-45], que desarrolla la noción de «equity in health». Este uso choca sin embargo con lo que se ha hecho común en la discusión filosófica sobre la igualdad y la desigualdad, en la que es más común hablar en general de desigualdades en salud, entre las cuales habría que determinar los criterios para establecer cuáles serían injustas.

En un principio podría pensarse que la distinción entre los aspectos empíricos y normativos asociados a los determinantes sociales de la salud es limpia y fácilmente trazable. Y consecuentemente, que desde la perspectiva de la investigación y de la práctica jurídica o del diseño de las políticas públicas, una vez constatado que no es aceptable ignorar este conocimiento para darle sentido al derecho a la salud y a sus garantías, podemos limitarnos a tomar los resultados ofrecidos por la investigación epidemiológica para dotar de un contenido más preciso y de unas garantías más eficaces al derecho a la salud. Si así fuera, serían empresas completamente separadas. Si bien la investigación empírica alimentaría de datos y sustento para construir normas, instituciones y políticas con mayor racionalidad y mayor capacidad para cumplir con los objetivos sociales marcados, se haría a partir de esfuerzos y campos perfectamente delimitados.

Lo cierto es que la relación resulta más compleja. Por un lado, la propia investigación empírica sobre los determinantes sociales de la salud depende –al menos parcialmente– de determinadas asunciones normativas que la guíen. Por otro lado, los resultados de la investigación sobre las desigualdades en salud, por más asentados que estén en muchos aspectos, no suponen simplemente un corpus cumulativo cuyo refinamiento puede producir *inputs* más precisos para la reflexión ética y el diseño normativo e institucional, sino que aspectos de su programa de investigación todavía abiertos podrían tener consecuencias diferentes desde un punto de vista normativo.

Sobre cómo la epidemiología de los determinantes sociales –en su investigación sobre las desigualdades en salud– ha de tener en cuenta la ética, se puede afirmar que ha estado presente desde el inicio de las investigaciones y no es claro cómo podría estar ausente<sup>31</sup>. Por eso es importante que se hagan lo más explícitas posibles las asunciones éticas y normativas de las que se parte. En efecto, se puede decir que, de hecho, buena parte de la investigación sobre los determinantes sociales de la salud ha estado desde sus inicios comprometida con una serie

---

<sup>31</sup> La definición rigurosa de qué constituye una inequidad en salud es una condición necesaria para el establecimiento de políticas y acciones destinadas a afrontarlas. Pero para que pueda haber una discusión sobre la eficacia de esas medidas, se necesita también que esas inequidades puedan ser medidas. Incluso si lo que constituye la justicia y la equidad es un asunto controvertido y sujeto a interpretaciones, eso no es una razón para rechazar que la investigación sobre la misma deba estar basada en un concepto de lo que son las inequidades en salud. Más bien al contrario: incluso si todas esas dificultades persisten y si esa definición debe estar abierta a discusión no se puede prescindir de la necesidad de una definición basada en criterios mensurables [Véase BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S., «Defining Equity in Health», cit., pp. 254-258; sobre las estrategias para la medición de esas desigualdades: MACKENBACH, J. P.; E. KUNST, E. A., «Measuring the Magnitude of Socio-Economic Inequalities in Health: An Overview of Available Measures Illustrated with Two Examples from Europe», *Social Science & Medicine* 44 (6), 1997, pp. 757-771; REIDPATH, D.; ALLOTEY, P., «Measuring Global Health Inequity», *International Journal for Equity in Health*, 30-6, 2007].

de asunciones normativas que vinculan la investigación de determinantes sociales de la salud con una valoración como socialmente injustos de los desiguales resultados de salud observados<sup>32</sup>. El hecho de que la Organización Mundial de la Salud haya desarrollado también un cierto compromiso con esta aproximación se debe también, al menos en parte, a una preocupación relacionada con la equidad en salud<sup>33</sup>. Ahora bien, en algunas ocasiones se ha criticado que algunas de las más influyentes propuestas sobre determinantes sociales de la salud fallan en hacer explícitas y fundamentar sus asunciones normativas. Así por ejemplo, Preda y Voigt identifican lo que llaman el *modelo de la equidad en salud a través del cambio social*<sup>34</sup> que incluiría una serie de asunciones empíricas (las circunstancias socioeconómicas son las causas últimas de los resultados desiguales en salud), normativas (sobre la injusticia de esas desigualdades) y sobre la mejor forma de afrontarlas (a partir del cambio social y particularmente haciendo frente a las diferencias socioeconómicas) que a su juicio no estarían suficientemente fundamentadas<sup>35</sup>. Más allá del mérito de las objeciones concretas a estas propuestas, que es cuanto menos discutible, en lo que sin duda se puede concordar es en la necesidad de explicitar y ver sometidas a crítica las asunciones normativas subyacentes.

---

<sup>32</sup> Lo que tiene también unas evidentes connotaciones políticas, como el ejemplo del ya citado *Black Report* demuestra a contrario. El informe, encargado durante el gobierno laborista para investigar en qué medida y por qué el sistema nacional de salud no había logrado reducir las desigualdades sociales en salud, estuvo varios meses retenido por el gobierno de M. Thatcher, pues los resultados no eran de su agrado. Cuando finalmente se hizo público, no se editó, sino que únicamente se distribuyeron 260 fotocopias (así se destacó en el obituario de Sir Douglas Black, publicado en el *British Medical Journal*: «Sir Douglas Black», *Bmj* 325 (7365), 2002, p. 661).

<sup>33</sup> Un compromiso que resulta tan apreciable en este caso, como intermitente en la trayectoria de la propia organización. Véase sobre esto MEIER, B. M., «The World Health Organization, the evolution of human rights, and the failure to achieve Health for All», cit.

<sup>34</sup> Que advierten en distintos informes de alto nivel inspirados o incluso presididos por M. Marmot, como el informe sobre desigualdades en salud en el Reino Unido (2008) o los informes de la Comisión de la OMS sobre los determinantes sociales de la salud, y de la propia OMS sobre Europa: MARMOT, M., *Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic Review of Health Inequalities in England*, London, Institute of Health Equity, 2010 (<http://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review2010>); CSDH; *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*, cit.; WHO; *Social justice and human rights as a framework for addressing social determinants of health. Final report of the Task group on Equity, Equality and Human Rights. Review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*, Copenhagen, WHO, 2016).

<sup>35</sup> PREDÁ, A.; VOIGT, K., «The Social Determinants of Health: Why should we Care?», cit., p. 25. De manera similar, Sreenivasan critica una supuesta asunción no justificada del utilitarismo por parte de otro de los autores claves en el ámbito de la investigación sobre los determinantes sociales de la salud, en este caso R. Wilkinson [SREENIVASAN, G., «Ethics and Epidemiology: The Income Debate», *Public Health Ethics* 2 (1), 2009, pp. 45-52].



Cabe efectivamente reclamar un mayor escrutinio sobre las bases filosóficas que permiten identificar y calificar como injusta, siquiera sea *prima facie*, una desigualdad en salud.

Desde el otro lado de la relación, desde el punto de vista de la ética y las teorías de la justicia, la investigación epidemiológica sobre los determinantes sociales de la salud debe ser integrada con provecho para la discusión sobre la equidad en salud. Naturalmente en el nivel de las teorías más abstractas y de la justificación de los principios éticos más básicos es plausible defender que las cuestiones empíricas tienen escasa o nula relevancia. Pero a la hora de la discusión concreta del concepto y el alcance de la equidad en salud, los hallazgos de la investigación sobre los determinantes sociales de la salud son relevantes no solo como un nuevo campo o como una materia prima sobre la que aplicar los principios, sino como un ámbito al que es necesario recurrir para la discusión de cuestiones normativas complejas. Por eso, en lo que sigue se examinarán algunos de los puntos más relevantes de estas discusiones: la necesidad o no de que una desigualdad en salud sea *evitable* para poder ser calificada como inequitativa, las vías *directas* o *indirectas* de evaluar las inequidades en salud, y el estatus de las llamadas *desigualdades residuales*.

### 3.1 Las desigualdades evitables

Hay una definición de las desigualdades injustas o inequitativas en salud de la que se puede partir puesto que, con sus limitaciones, sigue siendo un punto de referencia común para la discusión desde que la formularan en 1992 Whitehead y Dahlgreen: las desigualdades en salud son inequitativas cuando son *evitables*, *innecesarias* e *injustas*<sup>36</sup>. Utilizando esta caracterización, algunas de las desigualdades vinculadas a determinantes sociales de la salud que hemos mencionado, como por ejemplo la correlación entre estado de salud y posición, parecerían en principio desigualdades injustas o inequitativas en salud. Esto permitiría diferenciarlas de otras diferencias en salud que, según estos criterios, no serían diferencias inequitativas o injustas como, pongamos por caso, la mayor incidencia de ciertas enfermedades en una determinada cohorte de edad (pues no sería evitable), o los riesgos para la salud asociados a una práctica deportiva libremente elegida por quienes conocen esos riesgos (pues no sería injusta)<sup>37</sup>.

---

<sup>36</sup> DALGREEN, G.; 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. 217-218.

<sup>37</sup> Precisamente el grado de voluntariedad y control que se tenga sobre el resultado de salud es un criterio que Whitehead considera importante a la hora de valorar la inequidad de un resultado de salud. De esta manera, distingue siete posibilidades: 1. Variación natural, biológica. 2. Comportamientos nocivos o peligrosos para la

Un primer problema de esta definición es que, conceptualmente, el rasgo de la *evitabilidad* y –en lo que sea diferente, el de la *innecesariedad*<sup>38</sup>– se ubicaría seguramente mejor como una cuestión relativa a la justicia –el tercer elemento– que como una cuestión autónoma. Es decir, una teoría de la justicia en salud debería determinar si efectivamente la *evitabilidad* de una desigualdad es una condición necesaria y/o suficiente para que dicha desigualdad sea inequitativa o injusta. La razón es que, aunque la *evitabilidad* sea –una vez que precisemos su alcance– una cuestión en buena parte fáctica, la relevancia que se le otorgue en el momento de calificar una desigualdad en salud es, por el contrario, una cuestión moral. Ahora bien, el que se haya establecido como un rasgo autónomo en esta influyente definición, ha permitido la discusión independiente de esta noción a la luz de los determinantes sociales de la salud. La ventaja de ello es que la discusión se ha insertado en el debate más amplio sobre los condicionantes sociales de la salud.

Aunque el rasgo de la *evitabilidad* no está, como se va a ver, exento de problemas, parece en principio una idea plausible para ponerla en relación con la justicia. La propia constatación de la existencia de determinantes sociales de la salud y de la existencia de desigualdades

---

salud libremente escogidos, como la participación en ciertos deportes. 3. Ventajas transitorias en salud de un grupo sobre otro cuando ese grupo es el primero en adoptar unos hábitos beneficiosos para la salud (siempre y cuando los otros grupos tengan los medios para alcanzarlos pronto). 4. Comportamientos dañinos para la salud en los que el grado de elección en los estilos de vida está restringido severamente. 5. Exposición a condiciones de vida y trabajo insalubres o estresantes. 6. Acceso inadecuado a servicios de salud y otros servicios públicos. 7. Selección natural o movilidad social relacionada con la salud que suponga una tendencia descendente en la escala social de las personas enfermas (*id.*, p. 5). Los casos 1-3 constituirían para Whitehead diferencias de salud no inequitativas. Las diferencias que de forma más o menos clara pueden ser atribuidas a determinantes sociales de la salud serían los casos 3-5. Si esto es así, se trata de un marco que asume también la posibilidad de diferencias no injustas vinculadas a determinantes sociales de la salud.

<sup>38</sup> Es una cuestión discutible la diferencia entre la *evitabilidad* y la *innecesariedad*, pues no es clara en la definición de Whitehead y no se desarrolla más allá de su enunciado. Una forma posible de entender esta distinción (a no ser que asumamos que se trata de conceptos redundantes) es sostener que una diferencia en salud que sea evitable e injusta será en principio inequitativa. Pero que, no obstante, podría haber otras razones que apelaran a fines, principios o valores también valiosos para cuya consecución fueran necesarias acciones o estados de cosas que incluyeran como resultado desigualdades injustas y evitables en salud. Una vez consideradas y ponderadas estas circunstancias podría darse el caso de que cierto grado de desigualdad injusta y evitable en salud debiera ser asumida como *necesaria* para promover esas otras cosas valiosas. Si entendemos así la *innecesariedad*, entonces esa idea nos lleva al lugar de las inequidades de salud generadas por determinantes sociales en el seno de una teoría general de la justicia. D. Weinstock reprocha precisamente a las aproximaciones a la inequidad en salud basadas en los determinantes sociales de la salud su «monismo» al no tomar en consideración el valor de otros bienes además de la salud («Health Justice After the Social Determinants of Health Revolution», cit.). Considero que es una acusación que no se puede generalizar, y desde luego la idea de la *innecesariedad*, así entendida, apela precisamente a estos otros elementos que se alejan de este presunto monismo.

en salud derivadas de ellas, indica que las cosas podrían ser distintas y por lo tanto socialmente evitables. Una diferencia significativa en salud entre grupos en distinta posición social es un indicio que no hay una imposibilidad radical (biológica o técnica) de que se alcanzase una mejor condición de salud para los que peor están<sup>39</sup>. Del mismo modo, la variación de los índices de salud ya sea histórica o geográficamente apunta a la misma idea. Además, solo si se alude a la idea de evitabilidad puede explicar la insatisfacción respecto a la salud global que sentimos a pesar de los evidentes avances que se han venido produciendo en el largo plazo: si podemos considerar injusto e inaceptable la situación desde el derecho al más alto nivel posible de salud a pesar de la mejora que se ha producido es precisamente porque ahora las cosas pudieran ser de otra manera (como sabemos comparativamente) y existe la posibilidad real de que las cosas estuvieran mejor para quienes están en peor situación.

Pero el concepto de *evitabilidad* es impreciso. En principio, solo son inevitables las condiciones de salud si vienen dadas por causas directamente relacionadas con la biología humana (y en, otro sentido, con las limitaciones técnicas). Si de alguna manera se remiten a alguna causalidad social, será porque es concebible alguna acción, medida institucional o forma de organización que le pusiera remedio a esa desigualdad, por más que sea poco factible (políticamente, económicamente, etc.), o incluso si consideramos que es poco deseable atendiendo a otras consideraciones. Es decir, asumimos inmediatamente que las diferencias de salud entre grupos sociales son diferencias sociales, no naturales y por lo tanto que son evitables. Es cierto que con ello pareciera el requisito de la evitabilidad viene a superponerse con la distinción entre lo social y lo natural. Pero incluso si esto fuera así, no parece que sea un problema y hasta la noción de evitabilidad traduce esta distinción a un enfoque del problema más manejable.

Sin embargo, esta idea de la relevancia de la evitabilidad, ampliamente aceptada, no ha estado exenta de críticas. Preda y Voig, en una evaluación crítica que ya hemos mencionado al modelo que denominan de *equidad en salud a través del cambio social*, para objetar la pertinencia del criterio de la evitabilidad, sugieren establecer una distinción entre lo que es estrictamente *evitable* y lo que es *remediable*.

---

<sup>39</sup> Las teorías de la selección en salud o incluso de la «selección natural» como explicación de los determinantes sociales de la salud sí que serían compatibles con la idea de que las desigualdades sociales en salud pueden ser inevitables. Esencialmente lo que proponen es una causalidad inversa, por la cual sería una mala condición de salud la que causa una selección social que explicaría la asociación entre mala salud y bajo estatus social: no es que el bajo estatus social dañe a la salud –en esta visión– sino que una mala salud impediría el ascenso social. Aunque estas teorías fueron convincentemente rechazadas ya desde el *Black Report* de 1980, siguen apareciendo reformulaciones no mucho más convincentes [véase MCCARTNEY, G. (*et al.*), «What (Or Who) Causes Health Inequalities: Theories, Evidence and Implications?», cit. pp. 222-3].

De acuerdo con estas autoras, la evitabilidad acaba efectivamente identificándose con la distinción entre social y natural, de forma que solo las desigualdades evitables serían injustas y que solo las de causa social serían evitables. Para ellas, en cambio, la evitabilidad no es relevante para determinar la inequidad. La razón es que, aunque las desigualdades naturales no sean estrictamente evitables, sí que son en muchas ocasiones remediabiles mediante intervenciones médicas. Y si esto es así, asumen que es posible hacer algo por paliarlas, por lo que no estaría claro que solo las desigualdades de salud derivadas de causas sociales fueran evitables (en este sentido amplio). A partir de este cuestionamiento, para Voig y Preda no hay motivo para considerar especialmente relevante el requisito de la evitabilidad, que para ellas no sería ni una condición suficiente ni necesaria para que se produzca una inequidad en salud<sup>40</sup>.

No obstante, creo que es posible objetar a este planteamiento que las razones por las que habría que *evitar* son distintas de las razones para *remediar*<sup>41</sup>. Las razones para *remediar* una situación de deterioro de la salud tienen como objetivo mejorar o restituir la salud (esté influida esa situación por determinantes sociales o no y hubiera podido ser evitada o no). Pero no en principio el de rectificar una situación de desigualdad. En cambio, las razones para *prevenir* lo evitable pueden tener como objetivo tanto una mejora de la salud como el hacer disminuir las desigualdades en los resultados de salud (y con ello de la injusticia que supone para los más desaventajados, ya que podrían con esta prevención alcanzar un estado de salud similar al de los privilegiados). La relevancia o no del criterio de la *evitabilidad* no se está discutiendo respecto a cualquiera de las finalidades y objetivos válidos de la salud pública, sino en el ámbito estricto de la discusión sobre las desigualdades en salud, ámbito en el que resulta oportuno. Con ello la evitabilidad sigue siendo un aspecto relevante de para analizar la injusticia de una desigualdad.

Si efectivamente consideramos la evitabilidad como un criterio para la existencia de las inequidades de salud, entonces su definición y determinación abre un campo en el que la colaboración entre epidemiología y ética es de ida y vuelta. El conocimiento científico de las causas y los mecanismos mediante los cuales operan los determinantes sociales de la salud resulta necesario para establecer cómo se remiten las desigualdades de salud observables a las instituciones básicas de la sociedad y a las decisiones y procesos políticos<sup>42</sup>. No solo para

---

<sup>40</sup> PREDÁ, A.; VOIGT, K., «The Social Determinants of Health: Why should we Care?», cit., p. 28.

<sup>41</sup> O incluso, aunque no lo mencionan, se podría añadir para *compensar*, en caso de que no hubiera remedio.

<sup>42</sup> La incidencia concreta de las decisiones políticas en la salud es un aspecto que no ha sido tan tratado como otras cuestiones relativas a los determinantes sociales de la salud, una referencia muy importante es el libro de STUCKLER, B., y BASU, S., *The body economic why austerity kills: Recessions, budget battles, and the politics of life*

el diseño de medidas que permitan reducir las inequidades en salud, lo que es el objetivo principal, sino también en la medida en que esa conexión permite evaluar si efectivamente hay inequidades conectadas a injusticias sociales previas (lo que es objeto de discusión en el punto siguiente).

Es importante tener en cuenta, de cara a incorporar estas aportaciones de la epidemiología, el carácter histórico y contextual del rasgo de la evitabilidad. Las desigualdades e inequidades en salud también son históricas, lo que sugiere, por otra parte, que hayan de ser estudiadas en su evolución histórica<sup>43</sup>. La aportación desde el campo de la ética y de la reflexión sobre la justicia (aparte de la propia reflexión sobre la relevancia de la evitabilidad) tiene paradójicamente que auxiliar también en este marco, para contribuir a la identificación –dentro de las numerosas diferencias en salud en una población– de aquellas que son relevantes para el estudio de las inequidades.

En efecto, la determinación de la inequidad no resulta posible si no es atendiendo a determinadas estructuras, instituciones o grupos sociales en las cuales las relaciones de poder, de opresión o de vulnerabilidad están relacionados con cuestiones como la pertenencia de clase, la riqueza e ingresos, la etnicidad, el género, la procedencia geográfica, etc. La observación de diferencias de salud entre estos grupos puede suponer tanto un indicio para la identificación de que estamos ante un grupo socialmente desaventajado, como la confirmación de una nueva consecuencia de su desventaja, o el agravamiento de esta posición. En cualquier caso, la identificación de esos grupos parece que tiene que remitirse en algún modo a una teoría de la justicia o a una explicación sobre la estructura de la injusticia social.

### 3.2 Sobre las vías directas o indirectas de evaluar las inequidades en salud

La evaluación directa o indirecta de las desigualdades en salud es otro aspecto del diálogo entre la ética y la epidemiología. Ya se ha mencionado cómo un mayor conocimiento sobre los mecanismos mediante los que operan los determinantes sociales de la salud en un cierto contexto sirve para evaluar en qué medida las desigualdades resultantes en salud están conectadas con las instituciones sociales básicas y con las injusticias sociales preexistentes. Sin embargo, de qué modo esta conexión sea relevante es objeto de discusión. Si en el punto anterior acudíamos a la definición de inequidades en salud de Whitehead y Dahlgreen, ahora podemos echar mano de otra propues-

---

*and death*, New York, Basic Books, 2013 (hay traducción castellana: *Por qué la austeridad mata: El coste humano de las políticas de recorte*, Madrid, Taurus, 2013).

<sup>43</sup> BENACH, J.; MUNTANER, C., *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*, cit., p. 58.

ta como es la definición de equidad en salud en el contexto de los determinantes sociales de la salud de Bravevan y Gruskin –cuya intención es práctica, pues la proponen para ser operativa y válida para su medición–: «la equidad en salud es la ausencia de disparidades sistemáticas en salud (o en los principales determinantes sociales de la salud) entre grupos sociales que tienen diferentes niveles de ventaja/desventaja –esto es, diferentes posiciones en la jerarquía social»<sup>44</sup>. Se trata de una fórmula más precisa que la anterior. Y sin embargo alude a «disparidades sistemáticas en salud (o en los principales determinantes sociales de la salud)». Pues bien, que la disparidad sistemática sea en *salud* o en los *determinantes sociales de la salud* no es equivalente y puede llegar a tener consecuencias distintas. Esta distinción es lo que se ha denominado las vías *directa* e *indirecta* para evaluar las desigualdades de salud<sup>45</sup>.

La vía *directa* parte de la aplicación de un principio general de igualdad a los resultados de salud, al estado de salud efectivamente observado en una persona o grupo. La métrica de la igualdad se aplicaría a los estados de salud y ahí se determinaría si existen inequidades. De esta forma, en la aproximación directa a la equidad en salud, cualquier tipo de desigualdad *evitable* en salud observada será considerada injusta. La evitabilidad sería, en esta aproximación, no solo una condición necesaria –lo que ya se ha discutido– sino también una condición suficiente de la injusticia de una desigualdad en salud. La injusticia se evalúa a partir del resultado, lo que conlleva que las causas socialmente controlables de este resultado se consideren retrospectivamente como injustas. Esto implica que tales causas han de ser consideradas como injustas incluso si no hay otros motivos distintos para considerarlas injustas, es decir, incluso si no hay otro principio de justicia diferente y autónomo desde el que calificarlas así. Es la injusticia del resultado lo que determina la injusticia de sus causas, si estas son evitables. En principio, pareciera que esta aproximación tiende a consignar como injustas una porción muy amplia de desigualdades en salud, pero hay que notar que no es necesariamente así. Dependerá de hasta qué punto consideremos que se trata de diferencias evitables. Puede ser muy amplio considerando que siempre serían posibles cambios profundos en las estructuras sociales. Pero si se adopta una visión más restringida de lo que significa la evitabilidad, podría darse el caso de que esta vía indirecta fuera más estrecha que su alternativa. Imaginemos que en una diferencia de 7 años de esperanza de vida entre personas en distintos grupos de ingresos se llegara a atribuir que solo 4 de ellos fueran debidos a causas socialmente con-

<sup>44</sup> BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S., «Defining Equity in Health», cit., p. 254.

<sup>45</sup> SREENIVASAN, G., «Ethics and Epidemiology: Residual Health Inequalities», *Public Health Ethics* 2 (3), 2009, pp. 244-249, p. 244.

trolables: entonces los otros 3 no serían injustos o al menos su calificación quedaría poco clara<sup>46</sup>.

La vía *indirecta*, por el contrario, considera que la evaluación de la injusticia de las desigualdades de salud no está en el resultado, sino que está en las causas sociales controlables. Si, y solo si, la causa primaria de una desigualdad en salud es injusta, entonces las consecuencias en términos de desigualdad de salud también lo serán. Si en la vía directa se buscaba que no hubiera disparidades en salud, aquí se busca que no haya disparidades en los condicionantes sociales de la salud. Los principios de justicia sanitaria no operarían directamente sobre los resultados de salud sino sobre las causas que los determinan. Si las causas primarias de una diferencia en salud son injustas entonces esta injusticia se traslada a la diferencia, pero si las causas no son injustas de acuerdo con algún principio, entonces los resultados, no importa la magnitud de la desigualdad, tampoco lo serán.

Se pueden apreciar bien las distintas implicaciones de cada una de las aproximaciones a partir de un examen del planteamiento de Daniels quien, inspirado directamente en Rawls<sup>47</sup>, ha presentado una de las construcciones más destacadas para afrontar el análisis de las consecuencias para la justicia de la salud de los determinantes sociales de la salud. De acuerdo con Daniels, las diferencias en salud desveladas por la investigación sobre los determinantes sociales de la salud son debidas a causas que tienen que ver con injusticias en la estructura de las sociedades. Esa investigación, habría venido a identificar causas de las desigualdades en salud que, en buena medida, han resultado coincidir con los bienes y elementos que están regulados por los principios de justicia propuestos por Rawls. La violación de esos principios de justicia, al margen de otras consideraciones (como la propia injusticia intrínseca de su violación), produciría resultados dañinos en la salud y desigualdades en salud. Por eso, la investigación sobre los determinantes sociales de la salud habría venido a reforzar y

---

<sup>46</sup> Se plantearía aquí la cuestión de determinar la calificación como justas o injustas de las desigualdades respecto a las que no hay una explicación para su causalidad. La tarea de determinar si han de ser calificadas como justas o injustas es de carácter ético, pero se trata de un ejercicio necesario previo a la medición de las desigualdades en salud, como han advertido Asada *et al.* [ASADA, Y., *et al.*, «Unexplained health inequality. Is it unfair?», *International Journal for Equity in Health*, 2015, 14 (1)].

<sup>47</sup> La teoría de la justicia sanitaria de Daniels empezó centrándose en la distribución del acceso a la asistencia sanitaria, que fundamentaba en el principio rawlsiano de justa igualdad de oportunidades, para que todas las personas pudieran acceder mediante protección de su salud al mínimo de un «funcionamiento normal» de base (*Just Health Care*, Cambridge, Cambridge University Press, 1985, esp. pp. 42 ss.). Posteriormente incorpora en su teoría las aportaciones de la investigación sobre determinantes sociales de la salud [DANIELS; N.; KENNEDY, B.; KAWACHI, I., «Justice is good for our health», en J. Cohen y J. Rogers (eds.), *Is Inequality bad for our health?*, cit., y *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge, Cambridge University Press, 2008]. El título de sus dos obras más destacadas, de «Just Health Care» a «Just Health» da cuenta de este giro.

encajar bien con la propuesta de Rawls<sup>48</sup>. Esto es lo que vendría a expresar la por otra parte afortunada fórmula de «la justicia es buena para la salud»<sup>49</sup>.

La lógica de la vía indirecta, en la que se puede encuadrar esta propuesta, en este supuesto sostendría que las desigualdades en salud son injustas si, y solo si, son el producto de la violación de principios de justicia (en este caso rawlsianos). Se habría producido una feliz coincidencia entre los aspectos que estos principios regulan y los que han venido a ser los determinantes socialmente controlables de la salud desvelados por la investigación epidemiológica. La injusticia de las causas se trasladaría a la injusticia de los resultados. En este caso, serían aspectos tales como los ingresos, la educación, la participación política o la organización del trabajo<sup>50</sup>: una distribución injusta de estos bienes (al margen de que en sí misma es injusta) produce, en la medida en que son determinantes sociales, resultados desiguales que además son injustos por haber sido el producto de una violación de los principios de justicia. El *principio de diferencia* de Rawls constituye un buen banco de pruebas para entender cómo funciona una vía indirecta de apreciación de las desigualdades en salud y en qué difiere de la vía directa, ya que el resultado puede ser diferente. Este principio regula –como es bien conocido– las desigualdades económicas y sociales estableciendo que solo se justifican en la medida en que sean para el mayor beneficio de los que están en las posiciones sociales menos aventajadas<sup>51</sup>. El principio de diferencia marca cuándo hay desigualdades económicas y sociales injustas, pero inversamente también justifica un cierto nivel de desigualdades económicas aceptables en la medi-

---

<sup>48</sup> En lo que supone una cierta paradoja. La teoría rawlsiana era muy poco prometedora para una fundamentación la asistencia sanitaria universal como un requisito de justicia. El propio esfuerzo de adaptación que hizo Daniels es una confirmación de esto, pues explícitamente se aparta de Rawls, teniendo que «adaptar» su teoría a este nuevo propósito. En cambio, una vez que lo que se pretende no es fundamentar la asistencia sanitaria como requisito de la justicia sino dar cuenta de las implicaciones para la justicia de los determinantes sociales de la salud, una versión más ortodoxa de Rawls es compatible con este propósito. Ahora bien, es una compatibilidad hasta cierto punto casual, puesto que para Rawls el objeto de la justicia es la regulación de estructura básica de la sociedad, que es la que determina la distribución de los bienes *sociales* primarios, entre los cuales no está la salud: «Otros bienes primarios como la salud y el vigor, la inteligencia y la imaginación, son bienes naturales; aunque su posesión está influida por la estructura básica, no están tan directamente bajo su control» (RAWLS, J., *A Theory of Justice. Revised edition*, Oxford, Oxford University Press, 1999, p. 54).

<sup>49</sup> DANIELS, N.; KENNEDY, B.; KAWACHI, I., «Justice is good for our health», cit.

<sup>50</sup> Es ciertamente discutible que los principios rawlsianos abarquen toda la gama de determinantes sociales de la salud, cuya determinación es –como se ha visto– en buena medida fáctica y una tarea en curso en el marco de la epidemiología. Pero esta es una discusión diferente y lo que aquí importa es examinar cómo una teoría de la justicia define qué aspectos son relevantes en términos normativos y cómo, una vez definidos, los aplica para una determinación indirecta.

<sup>51</sup> RAWLS, J., *A Theory of Justice. Revised edition*, cit., pp. 70 ss.



da en que cumplan con sus requisitos. De este modo, las desigualdades en salud que vinieran causadas por desigualdades socioeconómicas compatibles con el principio de diferencia, no serían injustas (incluso si fueran evitables), en contraste con lo que supone la vía directa.

Al comparar la vía directa y la indirecta, puede dar la impresión de que una es más amplia que otra en cuanto a identificar un mayor número de desigualdades injustas en salud. Pero no es necesariamente así en todos los casos. Ambas opciones pueden alegar razones en su favor, pero también hay que admitir que ambas parecen enfrentar problemas y consecuencias llamativas ante determinados supuestos. La vía directa enfrenta el problema de que al aplicar un principio de igualdad directamente (pero exclusivamente) a los resultados de salud, para luego transmitir la eventual injusticia de los resultados a sus causas, puede verse en dificultades para combinar estos los reclamos de justicia con los derivados de otras consideraciones no relacionadas con la salud. La vía indirecta, por su parte, al centrarse en la aplicación de unos principios generales de justicia, solo cuya violación volvería injustas las diferencias en salud, parecería volver irrelevante cuán agudas fueran estas diferencias. Incluso pondría en cuestión la relevancia de la propia investigación y el conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud, una vez que los principios de justicia bastarían como criterio.

No obstante, se puede advertir que no solo hay un gran amplio espectro de situaciones en las que ambos enfoques coincidirían (o dicho en términos prácticos, existe una significativa cantidad de desigualdades en salud que ambos métodos identificarían como injustas, al tiempo que recomendarían, como remedio, el reducir las desigualdades socioeconómicas preexistentes). Además, se puede admitir que no son planteamientos necesariamente excluyentes. Es posible optar por uno o por otro en exclusiva, pero también cabe la posibilidad de combinar ambas aproximaciones de distinta manera, tratando de evitar problemas como los mencionados<sup>52</sup>. Esa combinación habría de construirse a partir de la consideración de que tanto los principios de justicia como los mecanismos por los que se producen las desigualdades económicas son relevantes.

---

<sup>52</sup> La propia perspectiva de Daniels, que en lo que se refiere a los determinantes sociales de la salud adopta una vía indirecta, incorpora también la vía directa para el análisis de lo que constituiría un «funcionamiento normal» como precondition de la igualdad de oportunidades y con ello la asistencia sanitaria, ya que el funcionamiento normal remite a los resultados de salud alcanzados. Esto ha llevado a Sreenivasan a observar una cierta tensión o incluso una contradicción en el planteamiento, no obstante admitir que ambas aproximaciones son en principio compatibles (SREENIVASAN, G., «Ethics and Epidemiology: Residual Health Inequalities», cit., p. 246). De todas formas, A. Sen, trazando una distinción análoga entre buscar la igualdad en logros de salud (o las libertades asociadas) o en la distribución de «recursos de salud» aprecia en la propuesta de Daniels una tentativa positiva de integrar ambas vertientes (SEN, A., «Foreword», *Is inequality bad for our health?*, cit., p. xiv).

### 3.3 Las desigualdades residuales

Uno de los puntos de desencuentro, pero que es iluminador respecto a la posibilidad de un enfoque que combine ambas visiones, se produce respecto a las que se han denominado desigualdades residuales. Imaginemos la hipótesis de una sociedad justa, en el sentido de que cumpliera, de la forma más completa posible, los principios ideales de justicia: la pregunta sería si en esa sociedad es concebible la existencia de desigualdades injustas en salud. *Grosso modo*, la respuesta de la vía directa sería afirmativa y la de la vía indirecta sería negativa. Sreenivasan ha definido por eso las desigualdades residuales de salud como desigualdades en salud evitables cuyas causas fueran justas, es decir justas en sí mismas o independientemente de sus efectos<sup>53</sup>.

El ejemplo mencionado en el apartado anterior respecto al principio de diferencia es el caso ideal para examinar esta cuestión. El principio de diferencia, al permitir como justas ciertas desigualdades socioeconómicas, podría ser compatible con el resultado de desigualdades en salud, que además serían evitables en la medida en que fueran producto de esas desigualdades socioeconómicas admitidas. Para Daniels, una distribución de salud es injusta si deriva de una de una distribución injusta de los factores socialmente controlables que afectan a la salud de la población y su distribución<sup>54</sup>. Pero si esa distribución surge de acuerdo con lo que los principios requieren, tal desigualdad residual sería aceptable como justa, es decir, no meramente como un compromiso con un ideal de justicia sino justa por su acuerdo con los principios de justicia<sup>55</sup>. Por lo tanto, esa hipotética sociedad justa podrá convivir con esas desigualdades en salud causadas por factores socioeconómicos, que sin embargo serían permisibles, al no ser injustas. Esta es una solución que los partidarios de la vía directa no podrían aceptar.

La plausibilidad de esta conclusión de Daniels creo que puede ser problemática para el enfoque indirecto si se da alguna de estas circunstancias: a) que ciertas desigualdades socioeconómicas, aceptables según el principio de diferencia, generaran desigualdades de salud más profundas que las desigualdades socioeconómicas de las que provienen; b) que lo que resulta aceptable desde el punto de la desigualdad socioeconómica no lo sea para las desigualdades en salud. Aunque ambos puntos guardan cierta relación no son equivalentes. El primero implica fundamentalmente cuestiones de hecho y el segundo fundamentalmente cuestiones valorativas.

Respecto a lo primero, podría darse el caso de una distribución justa en el plano socioeconómico, de acuerdo con el principio de diferencia, que efectivamente generara unas consecuencias de un incremento de la

---

<sup>53</sup> SREENIVASAN, G., «Ethics and Epidemiology: Residual Health Inequalities», cit., p. 245.

<sup>54</sup> DANIELS, N., *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*, cit., p. 27.

<sup>55</sup> *Id.*, p. 99.

desigualdad de salud. Se puede concebir una situación, que sería compatible con el principio de diferencia, en la que un cierto aumento de la desigualdad socioeconómica redunde en beneficio en términos de los ingresos de quienes están peor situados (y de ahí su compatibilidad con el principio), pero genere a la vez una mayor desigualdad en salud. El principio de diferencia regula las desigualdades socioeconómicas, no las desigualdades en salud, por lo que al menos conceptualmente sería posible. El que este escenario sea, además de teóricamente posible, más o menos plausible en la práctica depende fundamentalmente de una cuestión de hecho, de un debate en la epidemiología en torno a la plausibilidad de lo que se ha dado en llamar la *hipótesis del ingreso relativo* y la *hipótesis del ingreso absoluto*<sup>56</sup>. De acuerdo con la hipótesis del *ingreso relativo*, en las sociedades desarrolladas —como ya hemos visto— existe una fuerte correlación a nivel interno entre la salud e ingresos. Sin embargo, esta correlación no se da en la comparativa entre países, donde una vez superado un determinado umbral, una ganancia en riqueza no se traduce en una ganancia en esperanza de vida. La explicación que ofrece esta hipótesis a tal paradoja es que la esperanza de vida individual no depende solo del nivel de los ingresos absolutos, sino también del nivel relativo respecto a otros miembros de la sociedad<sup>57</sup>. La hipótesis del *ingreso absoluto*, en cambio, afirma también la existencia de una correlación entre salud e ingresos, pero considera que se explica fundamentalmente en términos absolutos, es decir en términos de ingresos absolutos, por lo que no depende del nivel de desigualdad relativa de una sociedad.

Cuál de estas dos hipótesis explica mejor los resultados observados es objeto de debate. Pero, incluso si las consecuencias prácticas de ambas no son radicalmente diferentes (ambas recomendarían mayor igualdad en la distribución de los ingresos)<sup>58</sup>, si la hipótesis del ingreso relativo resultara correcta —y hay razones para pensarlo— haría más plausible la posibilidad de que en la realidad se produjeran escenarios en los que la desigualdad permitida por el principio de diferencia podría generar unas desigualdades de salud más profundas que las meramente socioeconómicas. Esto comprometería la tesis de que las desigualdades residuales no son problemáticas o injustas<sup>59</sup>.

---

<sup>56</sup> Para una discusión sobre esta cuestión véase SREENIVASAN, G., «Ethics and Epidemiology: The Income Debate», cit.

<sup>57</sup> Richard Wilkinson es uno de los principales defensores de esta visión: WILKINSON, R., *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*, London, Routledge, 1996, y WILKINSON, R.; PICKETT, K., *The Spirit Level. Why Equality is Better for Everyone*, cit.

<sup>58</sup> SREENIVASAN, G., «Ethics and Epidemiology: Residual Health Inequalities», cit., p. 249.

<sup>59</sup> Fishman y MacKay aportan una interesante vía rawlsiana para afrontar esta consecuencia del principio de diferencia. Dentro del esquema rawlsiano, proponen incorporar un bien social primario denominado «bases sociales de la salud» (a imagen de las «bases sociales del autorrespeto») que incluiría otros aspectos relacionados con los determinantes sociales de la salud más allá de la educación o el ingreso absoluto (que estarían incluidos en el esquema original de Rawls al que apela Daniels). Estos

El segundo aspecto que puede comprometer la idea de que las desigualdades residuales no son relevantes, es independiente de estas hipótesis y se refiere a si, de alguna manera, las desigualdades en salud son o no más inaceptables que las desigualdades socioeconómicas relativas a la riqueza y el ingreso. Es decir, si no resulta especialmente intolerable en términos de justicia social el que unas personas tengan significativamente mayor esperanza de vida o una vida más saludable gracias a su posición social: y si no resulta incluso más inaceptable que la mera desigualdad económica. Es decir, si no estamos más dispuestos a tolerar que algunos gocen de las ventajas de una mejor posición económica o de la riqueza que el que esa posición se traduzca de forma desproporcionada en ventajas como una mejor salud o una mayor esperanza de vida. Hay diferentes motivos para considerar como plausible esta idea. Por un lado, uno de los aspectos más importantes, llamativos y perturbadores de los inicios de la investigación sobre los determinantes sociales de la salud fue desvelar las consecuencias de salud derivadas de la posición social y la significativa desigualdad asociada a ella. Por otro lado, la afirmación del derecho a la salud y la existencia de sistemas públicos universales de protección de la salud, parecen apelar a la idea de que la salud es tan relevante como para que la posibilidad de gozar de ella no deba depender radicalmente de la posición social, de la riqueza o de la posibilidad de pagarla. Si esto es así, es porque estamos reconociendo que la desigualdad en salud es algo especialmente preocupante e intolerable en términos de igualdad, y por lo que no es irrazonable unos estándares más exigentes que para otros aspectos de la justicia social.

#### 4. CONCLUSIÓN

La «revolución» de los determinantes sociales de la salud se ha manifestado en la consolidación de un programa de investigación que ha puesto de relieve la importancia de las condiciones sociales que afectan a la producción de salud y enfermedad, así como a su distribución desigual en la población. La relevancia de esta investi-

---

aspectos incluyen el ingreso relativo o la posición laboral. Esto se complementaría con un principio de justicia previo al principio de diferencia que de acuerdo con su propuesta tendría seguramente unas implicaciones mucho más igualitarias que la teoría de Rawls: «Las bases sociales de la salud han de organizarse de tal forma que tenga el mayor impacto positivo en el estado de salud de los menos aventajados en la gradiente social de salud» (FISHMAN, J.; MACKAY, D., «Rawlsian Justice and the Social Determinants of Health», *Journal of Applied Philosophy*, vol. 36, núm. 4, 2019, pp. 608-625, especialmente p. 616). Es una propuesta notable que, sin salir de la aproximación indirecta, se acerca mucho a constituir una vía intermedia muy atenta a afrontar seriamente las consecuencias de las inequidades en salud. No está, con todo, exenta de problemas: si este principio tiene prioridad lexical respecto al principio de la diferencia y sus consecuencias igualitarias son más profundas, entonces este último devendría seguramente redundante.

gación y sus resultados para el diseño de estrategias de salud y de políticas de salud es manifiesta desde sus inicios y se ha visto acompañada de iniciativas institucionales favorables desarrollar este campo, si bien con un éxito desigual hasta el momento. En este sentido, el conocimiento desarrollado en torno a los determinantes sociales de la salud también es relevante para el desarrollo y las garantías del derecho a la salud, en lo relativo sobre todo a dos aspectos de este derecho como son la mejora de la salud y la reducción de las desigualdades injustas en salud.

El derecho a la salud ha de ser repensado en relación a las evidencias de los determinantes sociales de la salud, al menos en dos sentidos. Por un lado, porque buscar el mayor nivel posible de salud no es alcanzable a partir únicamente de estrategias médicas: el derecho a la salud exige un acceso universal e igual a la asistencia sanitaria, pero no puede quedar reducido a eso. Por otro lado, es necesaria un esfuerzo por reducir las enormes desigualdades injustas en salud –tanto entre países como en el interior de ellos– que traen causa de desigualdades e injusticias estructurales que se manifiestan en la salud de las personas. Afrontar el problema de la desigualdad injusta en salud a partir de la investigación sobre los determinantes sociales de la salud exige un intercambio entre epidemiología y ética. La investigación empírica sobre los determinantes sociales de la salud necesita de ciertos criterios relacionados con la justicia y la injusticia en salud que la ética y las teorías de la justicia pueden contribuir a hacer explícitos y a refinar. La reflexión sobre estos principios de justicia en la salud, por su parte, ha de incorporar el conocimiento epidemiológico sobre los determinantes sociales de la salud para que sus propuestas resulten relevantes. El enfoque de derechos humanos ofrece gran potencial, pues no solo constituye un referente común a nivel normativo, sino que es susceptible de incorporar una tradición en la que los vínculos entre salud y otros derechos están presentes.

La tarea de proporcionar tal teoría de la justicia en salud consistente, que incorpore la evidencia sobre los determinantes sociales de la salud y que permita dar cuenta de las desigualdades en salud en el marco de otras desigualdades sociales es, como se ha visto, una tarea en marcha y no exenta de problemas. Esto plantea la necesidad de seguir trabajando en este campo. Pero también plantea la duda –a la vista de los desacuerdos– de hasta qué punto sabemos lo suficiente sobre los determinantes sociales de la salud o tenemos unos criterios sobre la justicia en salud lo suficientemente seguros como para recomendar algún tipo de acción o para evaluar los resultados de la misma<sup>60</sup>. La respuesta no debe venir de la inacción a la espera de mayores clarificaciones, pues sabemos lo suficiente como para tener

---

<sup>60</sup> BRAVEMAN, P., *et al.*, «When Do We Know Enough to Recommend Action on the Social Determinants of Health?», *American Journal of Preventive Medicine*, 40(1), 2001, pp. 58-66.

la certeza de que las injusticias afectan también a la salud y de que convivimos con una enorme desigualdad injusta en salud cuyas causas son sociales, si bien no podemos determinar exactamente a través de qué mecanismos opera o el grado de su injusticia. Pero tal y como lo expresaba un grupo de investigadores que auxiliaron en los trabajos de la Comisión de la OMS sobre determinantes sociales de la salud: «a pesar de las dificultades y limitaciones del conocimiento disponible, el desafío político es asegurar que se tomen medidas sobre la base de la abundante información que ya está disponible»<sup>61</sup>.

---

<sup>61</sup> BLAS, E., *et. al.*, «Addressing Social Determinants of Health Inequities: What can the State and Civil Society do?», *The Lancet*, 372 (9650), 2008, pp. 1684-1689.