

¿DERECHO A LA SALUD O EQUIDAD EN SALUD?

Félix León Martínez Martín

M.D. M.S.P.

Para muchas personas, el principio de igualdad en el derecho a la salud, considerado este derecho humano fundamental, es razón suficiente para combatir las desigualdades, consideradas injustas e inmorales y propender por la equidad en salud como valor ético.

Se exponen en este artículo una serie de inquietudes -a modo de aporte inicial- sobre las ventajas y limitaciones de hacer énfasis en la perspectiva del derecho universal a la salud, o en la perspectiva de la equidad en salud, para sustentar la lucha por mejores condiciones de salud para toda la población, pero en especial para los grupos más postergados.

1. La perspectiva del Derecho a la Salud

1.1. La formulación del derecho

Al finalizar 2008, la Corte Constitucional de Colombia ordenó, en un trascendental fallo, que el Estado igualara los planes de beneficios de todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con el mandato establecido en la Constitución y la Ley, pues tras 15 años de operación del mismo se había consolidado la inequitativa situación de que los servicios otorgados a los afiliados no contribuyentes (Régimen Subsidiado) eran mucho más limitados que los de los contribuyentes y sus familiares (Régimen Contributivo). La sentencia incluye un anexo sobre la génesis y evaluación del derecho a la salud en el ámbito internacional, especialmente útil para este análisis, del cual se extraen y comentan algunos apartes:

En diciembre de 1948, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó y proclamó la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (DUDH, 1948), reiterando que los pueblos han reafirmado "(...) su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres; y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad". Han reafirmado su fe de construir un mundo que garantice a toda persona sus derechos, por haber sido liberadas del '*temor y la miseria*'. La Declaración consagra varios derechos de carácter económico, social y cultural,¹ entre ellos, específicamente, el derecho de toda persona '*a un nivel de vida adecuado que le asegure*' a ella y a su familia '*la salud y el*

¹ El artículo 22 de la *Declaración Universal* consagra que toda persona "como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad".

bienestar; la maternidad y a la infancia se protegen especialmente. En este caso, al igual que en la DADH, la asistencia médica es tan sólo un ámbito de protección del derecho a la salud, al que se suman, por ejemplo, el vestido y la alimentación (art. 25, DUDH).²

En la *Declaración de los Derechos del Niño* (1959),³ teniendo en cuenta, entre otros aspectos, que los niños y las niñas “por su falta de madurez física y mental” necesitan protección y cuidado especiales, la Asamblea General de Naciones Unidas proclamó diez principios orientados a este fin, entre los cuales se protegen diversos derechos económicos, sociales y culturales.⁴ Se reconoce que todo niño tendrá derecho “a crecer y desarrollarse en buena salud”, indicando explícitamente que para este fin “deberán proporcionarse cuidados especiales”. Se reconoce que todo niño tiene derecho “a disfrutar servicios médicos adecuados.”⁵

En 1966 se adoptaron los *Pactos Internacionales de derechos humanos* que desarrollan la *Declaración Universal* de 1948. Varias razones explican por qué pasó tanto tiempo entre la *Declaración* y la adopción de textos jurídicos internacionales que desarrollan los derechos que ésta contiene (1966).⁶ Entre ellas, las profundas discusiones que se dieron en torno a cómo debían ser concebidas dichas normas, en las deliberaciones previas a su adopción.

Las diferentes posiciones coincidieron en que todos los derechos reconocidos en la *Declaración Universal* tienen carácter jurídico, y en tal sentido, deben ser reconocidos y protegidos. Las discrepancias surgieron en torno a si todos los derechos son fundamentalmente del mismo tipo y, en consecuencia, deben ser regulados de forma similar, o si por el contrario, existen dos categorías distintas, que demandan ser concebidas y desarrolladas por separado. Dos cuestiones prácticas preocupaban en particular en virtud de aquel debate, si los derechos debían ser consagrados en un solo Pacto o en dos diferentes, y si los derechos económicos, sociales y culturales debían ser contemplados de forma general y breve, o de forma detallada y amplia.⁷

Una posición del debate sostenía que debía expedirse un único Pacto para regular todos los derechos, en razón a que todos son de la misma categoría (derechos humanos) y deben ser promovidos y protegidos por igual y al mismo tiempo. Alegaba que sin la vigencia de los derechos económicos, sociales y culturales, los derechos civiles y políticos adquieren un carácter meramente nominal; todos son esenciales y no pueden ser presentados como si existiera una jerarquía entre unos y otros. La otra posición sostenía que ambos grupos de derechos debían

² Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). Artículo 25– (1) Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. || (2) La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

³ Proclamada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959.

⁴ La *Declaración de los Derechos del Niño* (1959) contempla, entre otros principios, que “todo niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social” (*Principio 4*); “el derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo” (*Principio 4*); el derecho a recibir educación “*gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales*” (*Principio 7*); o que “todo niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, lo cuales deben estar orientados a los fines que persigue la educación” (*Principio 7*).

⁵ *Declaración de los Derechos del Niño* (1959), *Principio 4*.

⁶ Acerca de los antecedentes de los Pactos Internacionales de derechos humanos (PDCP y PDESC) ver, entre otros: *Annotations on the text of the draft international covenants on human rights*, UN Doc. A/2929 (1955); STEINER, H. J. & ALSTON, P. (2000): *International Human Rights in Context*. Oxford, University Press. USA, NY, 2000.

⁷ La segunda cuestión consistía en determinar si era mejor redactar las normas que contemplaban los derechos económicos, sociales y culturales de forma detallada y amplia, para así precisar los derechos y obligaciones específicas y los contenidos y ámbitos de protección en cada caso, o redactarlas de forma general y breve, para lograr un más amplio consenso, delegando la concreción del contenido de cada derecho a cada uno de los sistemas jurídicos nacionales.

ser consagrados en instrumentos internacionales independientes, debido a que existe una diferencia enorme entre ellos que amerita fijar reglas propias para cada caso en estatutos normativos distintos. Según esta segunda posición, los derechos civiles y políticos son justiciables de forma absoluta, pues son de carácter negativo; su cumplimiento no depende de la acción del estado sino de su inacción, constituyen un escudo de defensa para los individuos frente a interferencias ilegítimas del estado. En cambio, para esta posición los derechos económicos, sociales y culturales no son justiciables de forma absoluta, pues no son de aplicación inmediata, son derechos que deben ser implementados de manera progresiva, mediante programas. Esta posición llevaba a abogar también porque este segundo tipo de derechos fuera consagrado de forma general y amplia y no específica como los civiles y políticos. No hacerlo de esta manera, implicaría restringir la libertad de cada país para desarrollar y configurar, de acuerdo a sus capacidades y posibilidades específicas, precisar los ámbitos de protección que se van a garantizar y los programas mediante los cuales se alcanzarán tales propósitos. La controversia finalmente se inclinó a favor de la segunda posición. Se resolvió desarrollar los derechos de la *Declaración Universal* mediante dos Pactos distintos y no en uno sólo, teniendo en cuenta que la implementación de dichos Pactos difiere, dependiendo del conjunto de derechos que contemple. Mientras que para los derechos civiles y políticos se deben desarrollar mecanismos para constatar y corregir las violaciones que se causen a los mismos, en el caso de los derechos económicos, sociales y culturales se deben crear procedimientos para hacer seguimiento constante al desarrollo de los programas que tienen por objeto garantizar su goce efectivo.⁸

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) se acordó en 1966 y entró en vigencia en enero de 1976. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) también se acordó en 1966 y entró en vigencia en marzo de 1976. En los dos Pactos se reconoce el derecho de libre determinación de los pueblos, específicamente el derecho a '*disponer libremente de sus riquezas*', '*para el logro de sus fines*',⁹ advirtiendo que, '*en ningún caso podrá privarse a un pueblo de sus propios medios de subsistencia*'. Las principales diferencias que existen entre los derechos consagrados en ambos Pactos se refieren pues, al tipo de obligaciones adquiridas en uno y otro caso, y a su justiciabilidad, respectivamente.

*Las Observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR)*¹⁰

A partir de 1989, el Comité adopta 'observaciones generales' acerca del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PIDESC, 1966) en desarrollo de su función primordial, vigilar la aplicación del Pacto por los Estados Partes. Para el Comité, el PIDESC

⁸ En la medida en que se entendieron los derechos civiles y políticos como derechos 'legales', se aceptó que su implementación podía realizarse mediante órganos adecuados, encargados de establecer las eventuales violaciones de éstos. En cambio, al considerar los derechos económicos, sociales y culturales como derechos 'programáticos', se aceptó que era mejor su implementación mediante un sistema periódico de presentación de informes. No obstante, no se trató de una cuestión pacífica. En las reuniones preparativas, se alegó que bajo ciertos regímenes, los derechos civiles y políticos no son de carácter 'legal' y los económicos, sociales y culturales no son 'programáticos', por lo que se abogó por la elaboración de un solo Pacto en el cual los estados señalaran cuáles derechos eran legales y cuáles programáticos y con qué procedimientos serían implementados. *Annotations on the text of the draft international covenants on human rights*, UN Doc. A/2929 (1955).

⁹ PIDCP (1966) y PIDESC (1966), artículo 1 (2) "Para el logro de sus fines, todos los pueblos pueden disponer libremente de sus riquezas y recursos naturales, sin perjuicio de las obligaciones que derivan de la cooperación económica internacional basada en el principio de beneficio recíproco, así como del derecho internacional. En ningún caso podrá privarse a un pueblo de sus propios medios de subsistencia."

¹⁰ "El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) es el órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por sus Estados Partes. El Comité se estableció en virtud de la resolución 1985/17, de 28 de mayo de 1985, del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) para desempeñar las funciones de supervisión asignadas a este Consejo en la parte IV del Pacto."

reconoce que los estados tienen tres tipos de obligaciones, derivadas de los derechos reconocidos, obligaciones de *respetar*, obligaciones de *proteger* y obligaciones de *garantizar*.¹¹

El más amplio desarrollo acerca del derecho a la salud, su alcance y significado, lo ha realizado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la *Observación General N°14* (2000) acerca '*el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*'. De manera clara y categórica, la *Observación General N°14* (2000) establece que '*la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos*'. Al respecto, el Comité insiste en la indivisibilidad e interdependencia del derecho a la salud en tanto está 'estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos', refiriéndose de forma específica al 'derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación'. Para el Comité, 'esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud'.¹²

El Comité advierte que 'todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente',¹³ y resalta que se trata de un derecho ampliamente reconocido por los tratados y declaraciones internacionales y regionales, sobre derechos humanos.¹⁴ Observa el Comité que el concepto del '*más alto nivel posible de salud*' contemplado por el PIDESC (1966), tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado, en tal sentido es claro que éste no está obligado a garantizar que toda persona goce, en efecto, de 'buena salud', sino a garantizar "toda una gama de facilidades, bienes y servicios" que aseguren el '*más alto nivel posible de salud*'.¹⁵ En tal sentido, considera que 'el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud'; entre ellos '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.'

Uno de los aspectos más notorios que revelan las diferencias que existen entre ambos Pactos es el lenguaje empleado para consagrar los derechos en uno y otro. Mientras el PIDCP usa expresiones tales como '*toda persona tendrá derecho a*' o '*todo individuo tiene derecho a*', el PIDESC usa expresiones tales como '*los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a*' o '*los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar*'. La fórmula empleada en el segundo caso acentúa la decisión de delegar la tarea de definir el contenido concreto de los derechos económicos, sociales y culturales a los Estados, para que sean éstos, en especial a través del legislador, quienes precisen el alcance de estos. De hecho, los Estados únicamente podrán someter los derechos del PIDESC a limitaciones (i) '*determinadas por ley*', (ii) '*sólo en la medida compatible con la naturaleza de esos derechos*' y (iii) '*con el exclusivo objeto de promover el bienestar general en una sociedad democrática*'.¹⁶

¹² *Observación General N° 14* (2000) 'El derecho del más alto nivel posible de salud'.

¹³ El PIDESC, artículo 12, contempla '*el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*'.

¹⁴ *Observación General N° 14* (2000) 'El derecho del más alto nivel posible de salud' (2).

¹⁵ *Observación General N° 14* (2000) 'El derecho del más alto nivel posible de salud' (9). "(...) un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona [...]."

¹⁶ PIDESC (1966), artículo 4. La norma equivalente del PIDCP (1966) establece condiciones más estrictas para limitar los derechos civiles y políticos (artículo 4. 'En situaciones excepcionales que pongan en peligro la vida de la nación y cuya existencia haya sido proclamada oficialmente, los Estados Partes en el presente Pacto podrán adoptar disposiciones que, en la medida estrictamente limitada a las exigencias

Ahora bien, el hecho de que los Estados sean los encargados de precisar el contenido de los derechos económicos, sociales y culturales, implica que las decisiones que al respecto se hayan tomado o se vayan a tomar, fijan el ámbito específico de protección del derecho y, en tal medida han de ser respetadas. Por tal razón el PIDESC advierte que no se podrá admitir ‘restricción o menoscabo de ninguno de los derechos humanos fundamentales reconocidos o vigentes en un país en virtud de (i) leyes, (ii) convenciones, (iii) reglamentos o (iv) costumbres, a pretexto de que el presente Pacto no los reconoce o los reconoce en menor grado’.¹⁷ Esta regla permite identificar algunas de las fuentes de derecho que determinan en los sistemas jurídicos nacionales el contenido específico de un derecho humano fundamental, tanto los contemplados por el Pacto, como los no contemplados en éste. Es decir, el PIDESC establece los mínimos de protección a los derechos, no máximos. Adicionalmente, el PIDESC fija una regla de interpretación de sus propias normas, en pro de la defensa de los derechos reconocidos, al establecer que ninguna disposición podrá ser interpretada en el sentido de reconocer derecho alguno para ‘emprender actividades o realizar actos’ encaminados a ‘la destrucción de cualquiera de los derechos o libertades reconocidos’ o ‘a su limitación en medida mayor que la prevista en [el Pacto]’.¹⁸

Es evidente que en la perspectiva de los derechos humanos, la equidad en salud adquiere una fuerza normativa, basada en principios de amplia aceptación en el ámbito mundial. *“La equidad en salud es un valor ético, inherentemente normativo, basado en el principio de la justicia distributiva, acorde con los principios de los derechos humanos”.* (Braveman y Gruskin 2003)ⁱ

Sin embargo, el llamamiento al derecho a la salud como un derecho humano no parece arrojar, como bien lo demuestra la formulación expuesta, más que un “deber ser” lleno de generalidad (*“el más alto nivel posible de salud”*), que no entrega en absoluto herramientas para hacerlo exigible, en la medida que el incumplimiento de tal norma por parte de los responsables de garantizar el derecho, tan sólo traería como consecuencia una sanción moral y no una sanción legal. Esto demuestra que tan sólo está esbozado el principio legal, mas no formulada la norma legal y el ordenamiento coercitivo propio del derecho (Kelsen 1979)ⁱⁱ.

1.2. Comprensión y alcance de el derecho a la salud y la seguridad social

Un problema adicional con la formulación del derecho a la salud consiste en la comprensión misma de tal concepto. La palabra salud parece tener tantas interpretaciones en lo popular, lo técnico y lo filosófico que resulta extremadamente difícil de delimitar y asir en la práctica.

Por ejemplo, resulta prácticamente imposible exigir el cumplimiento del derecho a la salud en los términos de la inasible definición de la OMS: “el estado de completo bienestar físico, psicológico y social”. Es evidente que resultará imposible orientar el quehacer de los trabajadores de la salud o del sector mismo, si bajo su responsabilidad se encuentra lograr el completo bienestar social. Por otra parte, en el lado opuesto, el concepto de salud propio de la práctica médica, evidentemente

de la situación, suspendan las obligaciones contraídas en virtud de este Pacto, siempre que tales disposiciones no sean incompatibles con las demás obligaciones que les impone el derecho internacional y no entrañen discriminación alguna fundada únicamente en motivos de raza, color, sexo, idioma, religión u origen social.’).

¹⁷ PIDESC (1966), artículo 5 (2).

¹⁸ PIDESC (1966), artículo 5 (1).

expresado en términos negativos, como ausencia de enfermedad, resulta poco útil para hacer exigible el derecho.

Como se ha observado en la formulación del derecho, existe gran dificultad, tanto en la comprensión del derecho a la salud, como en la definición de su alcance (“*el más alto nivel posible de salud*”). En consecuencia, es difícil en la práctica exigir algo que no está claramente definido o evaluar el cumplimiento de metas que no pueden formularse con claridad. Veámoslo en un ejercicio práctico. ¿De qué hablamos cuando mencionamos este derecho. Del derecho a....

- recibir asistencia médica cuando la requerimos?
- acceder a la última tecnología médica?
- conocer la forma adecuada de proteger la salud y evitar riesgos?
- tener una organización social que nos proteja de las enfermedades transmisibles (vacunas, normas sanitarias).?
- tener un sistema de protección social que nos garantice un sistema de financiamiento y provisión de servicios que permita superar las barreras financieras?
- crecer y desarrollarnos sanos, desarrollar capacidades (potencial)?
- lograr la mayor expectativa de vida posible con las mayores capacidades posibles?
- tener un trabajo saludable?
- disfrutar de un completo bienestar social?

¿O quizás a todas las anteriores, con sus importantes subtemas y particularidades y quizás otras más que pueden quedar aún por fuera de la lista? Sin embargo, la versión más popular y general del derecho a la salud parece limitarse al acceso a la atención médica, sin tomar en cuenta los condicionantes de la construcción y del deterioro de la salud de los individuos y los grupos.

Como consecuencia de lo expuesto, las mediciones sobre el cumplimiento del derecho a la salud terminan por acomodarse a las conveniencias de quien lo mida, desde cualquier ángulo o faceta que le resulte conveniente, como sucede en nuestro país y en casi toda Latinoamérica con la presunta cobertura universal de la seguridad social en salud o la universalidad de los regímenes de asistencia pública, cuando ni un sistema ni el otro garantizan a la población uno sólo de los componentes antes señalados en forma completa.

1.3. Salud como desarrollo de capacidades y potencialidades

Una definición normativa de salud en la línea del pensamiento de Canguilhem (1971)ⁱⁱⁱ permite entender la salud como **el desarrollo de las capacidades y las potencialidades** del cuerpo humano, (la capacidad respiratoria, la capacidad cardiovascular, la capacidad neuromuscular, la capacidad inmunológica, la capacidad visual, la capacidad digestiva, la capacidad afectiva, la capacidad intelectual, la capacidad sexual, etc.) desde el recién nacido hasta el adulto joven, de acuerdo con unos valores históricos y sociales determinados. Así mismo **la conservación de esas potencialidades y capacidades el mayor tiempo posible en el adulto**, gracias a los conocimientos de la sociedad y al desarrollo científico y tecnológico. (Martínez 1988)^{iv}

Con una definición de salud como la anterior, más opuesta a la discapacidad que a la enfermedad, pero formulada en términos positivos, y susceptible de medición, se podría plantear la exigencia del derecho, tanto desde la perspectiva individual como de la organización social:

- el derecho de cada ciudadano a unas condiciones de vida adecuadas para poder contar con una buena salud y por otra
- el derecho a que la organización de la sociedad responda a las necesidades de salud de todos los ciudadanos

El primero se puede dividir en

- El derecho de cada niño a unas condiciones de vida que le permitan desarrollarse sano y crecer con las mayores capacidades posibles.
- El derecho de cada ciudadano joven y adulto a unas condiciones de vida y trabajo saludables que lo protejan de los riesgos de enfermedad, lesión, incapacidad o muerte.

El segundo se puede dividir en

- El derecho de cada ciudadano a una atención médica en las mejores condiciones tecnológicas, de calidad y respecto a sus derechos.
- El derecho de cada ciudadano a ser informado sobre los riesgos para su salud y educado en las formas de prevención y cuidado de la salud.

Planteados en términos de derechos estos aspectos, parecería suficiente señalar que el derecho debe ser universal y que la equidad o inequidad se establece respecto al logro de estos derechos. (valor normativo ideal o deber ser)

Por otra parte, desde el punto de vista colectivo, los derechos se pueden plantear igualmente como obligaciones del Estado. En este caso el Estado, para lograr una situación de equidad, debe procurar una acción más intensa hacia los grupos más desaventajados.

De tal modo, la función del Estado para garantizar igualdad en el derecho podrían reacomodar los puntos antes señalados en términos de obligaciones.

- La obligación de garantizar unas condiciones mínimas a todos los niños, especialmente en los grupos más desaventajados para que logren desarrollarse sanos y plenos de capacidades y puedan competir en el mercado de trabajo en condiciones de igualdad.
- La obligación de garantizar unas condiciones de vida y de trabajo que conserven la salud de los ciudadanos, especialmente de aquellos más expuestos a los riesgos del ambiente y el trabajo.
- La obligación de organizar un sistema de protección social, seguridad social y salud que garantice a todos los ciudadanos el acceso a una atención médica en las mejores condiciones tecnológicas, de calidad y respeto a sus derechos. Con especial atención a las poblaciones con barreras geográficas, económicas, culturales o de otra índole para el acceso al servicio.
- La obligación de organizar un sistema de protección social y salud capaz de prevenir y controlar los riesgos de salud pública más frecuentes. Con especial énfasis en los grupos en mayor riesgo de enfermar y morir.

Sin embargo, aun siguiendo este desarrollo, la perspectiva del derecho conlleva ineludiblemente el problema de la generalidad en la formulación del valor normativo ideal, del deber ser, como también la trampa de los derechos progresivos o servicios mínimos que se deben garantizar a los ciudadanos, entre tanto las metas resultan alcanzables en función del tiempo (los más vulnerables, los más pobres, focalización, etc) (Martínez 2007)^v.

1.4. El valor ético o normativo ¿Valor ideal alcanzable o valor mínimo asegurable?

Independientemente del concepto de equidad social, de igualdad, de moral, de ética o de filosofía política que se plantee, toda sociedad fija unos valores éticos o normativos y unos derechos mínimos para los ciudadanos. Éste es un resultado histórico de cada sociedad, en el marco de relaciones de poder (local y global), más que una opción racional colectiva, como parece ser el planteamiento de la “posición original” de Rawls (Daniels, 2002)^{vi}.

Los derechos, por otra parte, si bien se establecen jurídicamente o adoptan en cada país en un periodo determinado, no se derivan de la legislación nacional e internacional:

“Los derechos humanos pueden ser vistos como demandas primordialmente éticas. Ellos no son mandatos principalmente ‘legales’, ‘proto-legales’ o ‘legales-ideales’. Aunque los derechos humanos puedan, y con frecuencia lo hacen, inspirar la legislación, éste es un hecho posterior, más que una característica constitutiva de los derechos humanos”.(Sen 2004)^{vii}

Sin embargo el problema con la formulación de los derechos es su gran generalidad. Si bien el valor “normativo” es el referente en la formulación general del derecho, el valor ideal alcanzable, el derecho se lleva a obligación tangible del Estado tan sólo sobre unos mínimos, que constituyen la “norma”.

La fijación de los mínimos (y en última de los derechos sociales limitados) parte de la premisa de que ese ideal alcanzable es tan sólo una meta que se logrará progresivamente en función del esfuerzo de una sociedad o país a través del tiempo (derechos progresivos), pues no se reconocen (o se niega implícitamente) que las desigualdades entre ciudadanos o entre grupos son consecuencia de la estructura de relaciones sociales, que condiciona la posición de unos y otros en la escala económica y social.

Se dibujan las desigualdades e injusticias como un supuesto “camino al desarrollo” que unos han alcanzado y otros aún no (están en vías de). En este punto comienzan a ser “norma” grandes diferencias e injusticias (que sólo el tiempo solucionará) y el derecho determina apenas el máximo de rezago aceptable o permitido¹⁹.

La construcción de los derechos es por tanto un proceso dinámico, constituye un permanente proceso de transformación social a través de la historia. Cada bien o servicio que unos hombres logran es deseado por otros, por ser posible en ciertas condiciones. (el alfabetismo, la vivienda propia, el agua potable, la televisión o el teléfono celular). Igual sucede en servicios de salud (vacunas, acceso a especialista, acceso a tomógrafo o posibilidad de diálisis o trasplante).

¹⁹ Pero la ética impone límites a la organización social. Aunque una sociedad, considere como “normales” y por tanto en algún grado “normativas” grandes desventajas y niveles de exclusión social, estos valores serán cuestionados en función del espacio y el tiempo. Si la sociedad fija unos valores diferentes de los reconocidos internacionalmente y unos derechos inferiores a sus ciudadanos, estos resultarán siempre cuestionados. No puede ser considerado “normal” y por tanto “no modificable” en una sociedad, lo que era y ya no es aceptable por otras. Los valores éticos y morales se modifican con el tiempo y con los cambios sociales en un mundo global. Por ello el racismo, la esclavitud, el sometimiento de la mujer, etc, que fueron aceptables en un tiempo no lo son ya. Igual sucede con la desnutrición de los niños, la inasistencia sanitaria, la insalubridad ocupacional, etc..

En este sentido la sociedad construye día a día nuevos valores normativos en el sentido de ideales a alcanzar en términos de calidad de vida o salud. La “normativa” de referencia puede identificarse como el mejor de los resultados observados, o el máximo biológico posible, contra los cuales se comparan el resto de los individuos, grupos o países. De esta forma la esperanza de vida superior o la mortalidad infantil inferior, alcanzada en unos países, se torna referencia normativa para los demás.

La desigualdad en el acceso a bienes o servicios (u oportunidades) constituye desigualdad social. Tal desigualdad se mide ineludiblemente por la sociedad sobre una escala ética. Si la sensibilidad ética sobrepasa ciertos límites, se hace un llamado en términos de derechos, es decir se modifica el valor normativo por vía de una nueva norma legal y se erige un nuevo derecho.

No es preciso coincidir con Rawls en el principio de “la justicia como imparcialidad”, ni dar por sentada posición original de igualdad correspondiente “al estado de la naturaleza en la teoría tradicional del contrato social” (Rawls 1971)^{viii}. Tal situación hipotética no parece necesaria, pues nunca los acuerdos sociales ni las leyes que regulan los derechos ciudadanos han sido construidos en situaciones de igualdad práctica. “Todos los derechos han evolucionado en función de las circunstancias y bajo la presión de intereses”. (Derecho y Legislación 1970)^{ix}

Resulta mucho más claro entender que siempre se parte de la desigualdad. Analizar las desigualdades entre grupos sociales supera la generalidad de la formulación de los derechos ideales o la aceptación ideológica y política de los derechos mínimos, al tiempo que aparta el análisis de la subjetividad ética para ubicarlo en mediciones objetivas sobre muchos aspectos de calidad de vida y salud que no siempre han sido contemplados por las normas y los derechos. La valoración ética debe hacerse con posterioridad al análisis de las desigualdades o en sentido transversal a la medición de estas, para determinar cuáles son injustas y cuáles no.

Es importante en este punto entender que la ley y la justicia en términos del derecho positivo siempre tienen tres preocupaciones: (Derecho y Legislación 1970)

- Una preocupación utilitaria: se trata de permitir que la vida social se desarrolle sin demasiados tropiezos. La preocupación regulatoria necesaria para el ordenamiento social, para que no reine la ley de la selva y los diferendos entre ciudadanos no se solucionen simplemente mediante la ley del más fuerte.
- Una preocupación filosófica y moral: donde se incluyen las ideas de equidad, de los derechos de los ciudadanos, la preocupación por los excluidos, los valores morales y religiosos.
- Una preocupación justificatoria, para asegurar privilegios que se han constituido inicialmente como hechos, mediante su formulación legal.

Desde el punto de vista del derecho positivo todo acuerdo social, toda ley, es el producto de una negociación entre los intereses económicos y los intereses sociales, e implica relaciones de poder en una sociedad concreta. Esta negociación fue especialmente visible y relevante en Colombia en la Constitución de 1991, donde a cambio de permitir el ingreso de los intereses económicos en el sector social, tradicionalmente en manos del Estado, se formularon unos derechos mínimos para los ciudadanos colombianos.

2. El enfoque de equidad en salud

El análisis de equidad/inequidad en salud tiene como objeto evidenciar que una condición de salud tiene relación estadística significativa con la pertenencia a un determinado grupo social o la exclusión del mismo. Inicia forzosamente con la medición y análisis de las desigualdades entre grupos previamente estratificados.

2.1. Análisis de desigualdades

Medir las desigualdades, es decir obtener pruebas objetivas de las diferencias en las condiciones de vida y salud, es apenas el primer paso para identificar el fenómeno equidad- inequidad en salud (OPS 1998) ^x

El término “*desigualdad*” hace referencia, a la existencia de diferencias en la manifestación de un problema de salud entre diferentes poblaciones, en función de un factor asociado a la ocurrencia del problema, sin que en la determinación de estas diferencias medie evaluación sobre si la diferencia de ocurrencia del fenómeno entre distintos grupos es justa o injusta. (OPS 1998)

El énfasis en grupos también refleja el contexto histórico de la lucha política por la igualdad, la cual ha estado siempre enraizada en las demandas de los grupos y, a través de esa lucha, ha influido en el contenido de nuestra cultura democrática. (Daniels, 2002)

Es claro que existen muchas desigualdades en salud. La edad, el género, condiciones biológicas o geográficas se traducen naturalmente en desigualdades en salud. Hablar de desigualdad, sin embargo, no es lo mismo que hablar de inequidad; esta última incorpora en su concepto el valor de justicia. Para calificar una situación desigual como inequitativa es necesario conocer sus causas determinantes y formarse un juicio sobre la justicia de dichas causas.

Según la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (OMS 2008)^{xi}:

Dentro de cada país hay grandes diferencias sanitarias estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social. Semejantes diferencias no deberían existir, ni dentro de cada país ni entre los países. Esas desigualdades y esa inequidad sanitaria, que podría evitarse, son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas.

Tradicionalmente, la sociedad ha esperado del sector sanitario que se ocupe de las cuestiones que afectan a la salud y de las enfermedades. Indiscutiblemente, la mala distribución de la atención de salud - el hecho de no prestar asistencia sanitaria a quienes más lo necesitan - es uno de los determinantes sociales de la salud. Pero la elevada carga de morbilidad causante de índices de mortalidad prematura terriblemente elevados se debe en gran parte a las condiciones en que muchas personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. A su vez, la deficiencia y la disparidad en las condiciones de vida son consecuencia de políticas y programas sociales insuficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política.

Se deben por tanto analizar las desigualdades en salud a la luz de las condiciones sociales que las generan y no partir de presuponer la injusticia previa de tales desigualdades.

2.2. Análisis de inequidades en salud o del efecto e impacto de las desigualdades sociales sobre la salud

El análisis de equidad/inequidad en salud se concreta entonces en evidenciar que una condición de salud tiene relación estadística significativa con la pertenencia a un determinado grupo social o la exclusión del mismo. Por sus características, el análisis de inequidades se realiza en función de variables que expresan el orden social y que permitan hacer (a posteriori) un juicio de valor sobre el carácter injusto de las diferencias y el origen de las mismas.

Por otra parte la inequidad en salud no se refiere únicamente a las desigualdades en el acceso y la prestación de servicios de salud:

“Cada vez que se toca el tema de la equidad en salud, se tiende a considerar como aspecto fundamental el acceso a la asistencia sanitaria. De la misma forma la bioética tiende a centrarse en la asistencia médica y en los derechos individuales de los pacientes, sin prestar atención a la justicia en las poblaciones ni a los patrones sociales de salud” (Peter y Evans 2002) ^{xii}

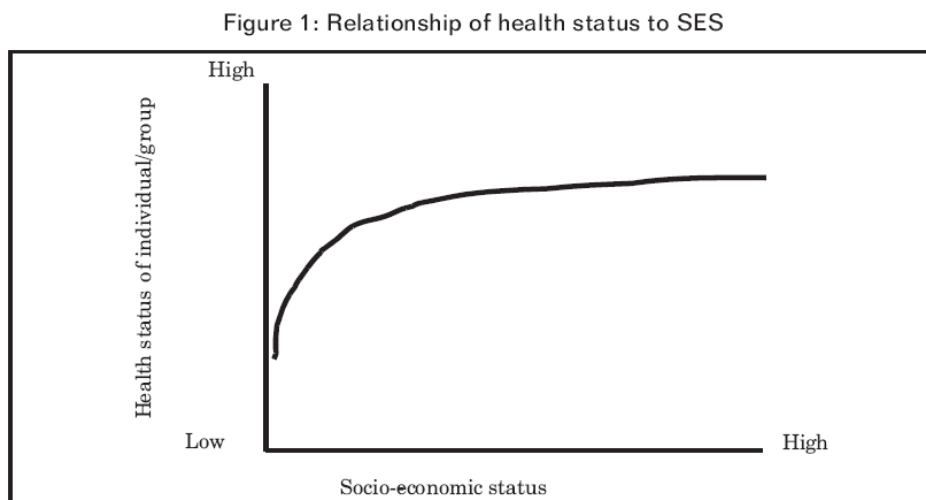
Con base en los conceptos señalados y la revisión de la literatura sobre equidad en salud, el enfoque de equidad que se propone parte de las siguientes premisas:

1- Las desigualdades sociales producen efectos medibles en pérdidas de salud.

Es posible relacionar las desigualdades sociales con las desigualdades en salud:

“La pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes, y dentro de cada país las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas”. (Wagstaff 2002) ^{xiii}

Figura 1



Fuente. Reducing Health Disparities –Roles of the Health Sector (Reducing Health Disparity 2004) ^{xiv}:

2- La Inequidad en salud es fundamentalmente el reflejo y la consecuencia de la Inequidad social

“En otras palabras, los más ricos, educados, poderosos y sanos de la sociedad tienen una capacidad muy superior para mejorar su propia salud en comparación con los más pobres, y este patrón persiste en el tiempo y en todos los lugares” (Evans y otros 2002)^{xv}

“Los gradientes sociales de salud están presentes en todos los países del mundo y no sólo en las sociedades “ricas”. (Diderichsen y otros 2002)^{xvi}

“La ubicuidad, tanto en el tiempo como en el espacio, del patrón observado de vinculación sistemática de una peor salud y una esperanza de vida más corta se asocia con posiciones sucesivamente más bajas en cualquier sistema de estratificación social”. (Diderischen y otros 2002)²⁰

Para mayor claridad en este punto existe algún grado de dificultad con la apreciación que define inequidad en salud como desigualdades, en materia de salud, “injustas innecesarias y evitables”:

“La expresión inequidades en materia de salud se refiere a las disparidades sanitarias de un país determinado” y entre zonas de dicho país “...que se consideran injustas, injustificadas, evitables e innecesarias (es decir: que no son ni inevitables ni irremediables) y que sistemáticamente agobian a las poblaciones que se han vuelto vulnerables a causa de las estructuras sociales fundamentales y de las instituciones políticas, económicas y jurídicas que prevalecen.” (Krieger 2002)^{xvii}

La dificultad reside fundamentalmente en que se podría interpretar por este camino que las diferencias sociales son “normales”, pero que arrojan resultados injustos sobre los individuos (suerte o vulnerabilidad). Y no que una organización social injusta produce resultados correspondientes a dicha estructura de injusticia. Se podría interpretar en el mismo sentido que las inequidades en salud se pueden solucionar (evitar) sin modificar en absoluto las estructuras de inequidad social que las generan.

Aunque, por otra parte, se podría interpretar como el llamado a identificar la evitabilidad como criterio de justicia, que llama a la sociedad y al Estado a considerar ciertas desigualdades en salud como injustificables. Resultados por lo tanto intolerables, cuya superación constituye una necesidad social.

3- Interesa por tanto en el análisis de equidad la búsqueda de Desigualdades en salud asociadas a ventajas o desventajas sociales o atribuibles a diferencias en la condición o posición social.

Concordamos con Braveman (2003) en que la equidad en salud puede ser definida como la ausencia de desigualdades en salud (y en sus determinantes sociales claves) que están sistemáticamente asociadas con las ventajas o desventajas sociales.

Estas relaciones expresan el efecto de las desigualdades socioeconómicas en la situación sanitaria de la población o su impacto total sobre la salud considerando la magnitud de dichas desigualdades en las poblaciones (OPS 1998).

4- La valoración ética debe quedar en el campo de la justicia o injusticia de las relaciones sociales o inequidad social (determinante)

²⁰ MacIntre S. *Social Inequalities and health in the ccontemporary World*. (citado por Diderischen y otros 2002)

Para calificar una situación desigual como inequitativa es necesario conocer sus causas determinantes y formarse un juicio sobre la justicia de dichas causas. (OPS 1998).

Si bien llamamos injusticias a los resultados “dolorosos” de la injusticia social, no se corrigen las injusticias luchando contra ellas sino contra la estructura que las genera. En este sentido, por ejemplo, no se trata de “luchar contra la pobreza”, sino contra la estructura de relaciones sociales que la determina. La inequidad no está en la desnutrición, sino en la sociedad que establece una posibilidad desigual o unas barreras (injustas) para el acceso a los alimentos.

Es indispensable tener en cuenta que la relación entre posición social y un determinado efecto en salud no es una relación directa, sino que está mediada por causas próximas o riesgos específicos. Sin embargo es posible evidenciar que tanto el efecto en salud como la causa próxima o riesgo específicos tienen relación con la posición social. De modo que se propone trabajar la relación de la desventaja social con las dadas causa - efecto reconocidas y aceptadas por la literatura científica (OMS 2003)^{xviii}.

2.3. Áreas de medición de la inequidad en salud

Revisadas distintas propuestas internacionales sobre las formas de abordar e investigar la inequidad en salud, se plantean las siguientes áreas de medición de las desigualdades en salud relacionadas con la posición, ventaja o desventaja social.²¹

- Oportunidades desiguales de salud
- Exposición desigual a riesgos
- Respuesta desigual de la sociedad
- Resultados desiguales a largo plazo

La posición social (Índice de Calidad de Vida, estrato, SISBEN²²), junto con el ingreso, el nivel educativo y la posición ocupacional, son clasificadores de las diferencias o desventajas sociales que han sido tradicionalmente utilizados en los estudios económicos y que permiten por tanto definir grupos objetivo para comparar la situación de salud enfermedad utilizando los cuatro grupos o áreas señalados para la medición de la equidad-inequidad en salud.

Es decir que las oportunidades en salud, o las exposiciones a riesgos o la respuesta de la sociedad, y finalmente, los resultados de salud a largo plazo, deben compararse (para buscar desigualdades) entre los diferentes estratos, niveles educativos, deciles de ingreso o diferentes posiciones ocupacionales. El gradiente social (contemplado en todos los esquemas como inicio o base del análisis de equidad), debe ser el campo de medición de las variables de salud enfermedad, en busca de desigualdades, y no una variable más de análisis.

En el planteamiento se separan los indicadores de resultados desiguales de salud (de largo plazo), como expectativa de vida, mortalidad temprana, etc, de los indicadores

²¹ Esta propuesta para abordar la investigación sobre equidad-inequidad en salud fue adoptada por el Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo, de la Universidad Nacional, en el diseño del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de la ciudad de Bogotá. (Martínez Félix 2007)

²² Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios del Estado, que se aplica en Colombia para focalizar y clasificar a los pobres y otorgares la afiliación al Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud.

que señalan un riesgo inmediato de daño en salud. La razón es considerar las desigualdades en los resultados de salud de largo plazo un resultado **acumulado** de las desigualdades en las tres áreas anteriores: oportunidades de salud, exposición diferencial al riesgo y respuesta diferencial de la sociedad.

Por esta misma razón, el área de oportunidades desiguales en salud está separada de los resultados desiguales a largo plazo. A diferencia de otras propuestas consideramos que el área de oportunidades se refiere a la posibilidad de construir salud y no se debe mezclar con los resultados finales. Esta diferenciación está esbozada en algunas propuestas y no es clara en otras.

Es evidente que la situación nutricional precaria de un niño aumenta su probabilidad de muerte temprana, pero en la mayoría de los casos tan sólo deja una huella de no salud, de falta de **desarrollo de las capacidades y las potencialidades** del cuerpo humano, que limita y coloca en desventaja a estos individuos para la vida en sociedad, además de aumentar sus riesgos y posibilidades de enfermedad. Por tanto esta medición en la construcción de la salud amerita una mirada independiente de aquella negativa en términos de menor expectativa de vida o mortalidad temprana, que sólo nos muestra el resultado final de algo que ya empezó con serias diferencias y desventajas.

Se acepta el área de análisis clásica y evidenciada en todas las propuestas sobre la exposición desigual a riesgos. Sin embargo, cabe aclarar que por exposición desigual al riesgo entendemos no sólo las exposiciones relacionadas con el trabajo o incluso con la vivienda, el barrio, las condiciones sanitarias, el espacio público o el transporte, sino también aquellos relacionados con los comportamientos, la violencia, la cultura, para ser analizados en los campos de medición de la posición social, ventaja o desventaja social.

Se incluye el término respuesta desigual de la sociedad para el área aceptada en todas las propuestas conocidas que incluye respuesta desigual del Sistema de Salud. Sin embargo esta definición de respuesta desigual de la sociedad incluye además del acceso diferencial a los servicios de salud, la información diferencial sobre salud y sus riesgos, las acciones diferenciales en salud pública, las desigualdades en protección social como cobertura de aseguramiento o riesgos ocupacionales, financiamiento desigual, planes de beneficios desiguales, oferta de servicios desigual, calidad desigual, políticas que se dirigen o no a disminuir las inequidades, etc..

3. El enfoque de inequidad versus el enfoque de igualdad de derechos

3.1. El conocimiento de la inequidad en salud como motor de transformación social

“La mejor forma de considerar la equidad en el campo de la salud no es como un objetivo social en sí mismo y aislado sino como algo inherente a la búsqueda más amplia de justicia social” (Evans y otros 2002).

“Los vínculos entre la salud, la equidad y los derechos humanos no han sido examinados de forma sistemática, y quienes se interesan por la pobreza y la salud han considerado a veces que la equidad y los derechos humanos son conceptos abstractos con escasa aplicación práctica. El análisis de los conceptos de pobreza, equidad y derechos humanos y de las relaciones entre ellos y con la salud demuestra que están estrechamente relacionados desde el punto de vista conceptual y operacional y que cada uno de ellos proporciona valiosas orientaciones singulares

para el trabajo de las instituciones sanitarias. Las perspectivas de la equidad y de los derechos humanos pueden contribuir de forma concreta a los esfuerzos de las instituciones sanitarias para abordar la pobreza y la salud, y para operacionalizar estos compromisos es esencial centrarse en la pobreza. Los principios de la equidad y de los derechos humanos determinan la necesidad de luchar por la igualdad de oportunidades de salud para los grupos de personas que han sufrido marginación o discriminación. (Braveman y Gruskin 2003)

La OPS reconoce que la información que se transforma en evidencia de una situación inequitativa en determinado aspecto de salud debe traducirse en acciones de los niveles de decisión política dirigidas a disminuir la inequidad y, finalmente, eliminarla. Como se mencionó al inicio de este capítulo la calificación de una situación desigual como inequitativa implica al menos establecer valoraciones de justicia, de causa y de necesidad social. La documentación objetiva de las desigualdades en salud es un aspecto fundamental para la definición de dichas acciones y en tal sentido el fortalecimiento de la capacidad analítica de datos e información sobre las inequidades en salud es una condición indispensable. Una vez que se han instrumentado las intervenciones específicas, los mismos métodos de medición y análisis servirán para la vigilancia y evaluación de su impacto en la salud. . (OPS 1998)

Por otra parte, cabe afirmar que las estructuras sociales “injustas o inequitativas” se sostienen firmemente sobre “visiones parciales y parcializadas de la realidad”, o interpretaciones de los fenómenos sociales convenientes a quienes cuentan con mayores ventajas en la sociedad.

El papel del conocimiento es precisamente derrumbar visiones parciales y limitadas de la realidad, abrir nuevas puertas, en este caso develar las consecuencias reales de la organización social en daños a la salud. Tradicionalmente estos fenómenos se estudian sin relacionarlos con las ventajas o desventajas sociales, por lo que se acaban considerando propios del azar, simplemente causados por agentes del medio o, en síntesis, “naturales”.

Nuevas miradas y aproximaciones a los fenómenos sociales se traducen en nuevos saberes que ponen en jaque las visiones parciales, siempre útiles al mantenimiento del statu quo. El surgir de un nuevo saber subvierte la “verdad conocida” por la sociedad, la ideología (Althusser 1970)^{xix 23} que impregna el pensamiento colectivo. Por tanto, el nuevo conocimiento alimenta y propicia la transformación de la sociedad.

Los análisis de equidad/inequidad en salud arrojan estadísticas que ponen de manifiesto las grandes diferencias en salud de una sociedad derivadas de la posición social, cifras difíciles de controvertir con discursos sobre igualdad o universalidad. Tal es su valor fundamental y su fuerza para la superación de la inequidad social y sus graves efectos sobre la salud de los pueblos.

3.2. La justicia y el saber de las diferencias

Según Rosavallón (1995),^{xx} con el progreso del conocimiento de las desigualdades entre los hombres, es necesario replantear aquella sociedad de iguales donde las diferencias estaban dadas en función del azar. Hoy sabemos que las desigualdades entre los hombres están determinadas por la naturaleza o por el medio social donde su vida transcurre. Estas desigualdades naturales o sociales sólo constituyen objeto de acción si se adopta el principio de “igualdad de oportunidades” y la necesidad de

²³ Se utiliza el concepto de ideología de Althusser como “representación de relación imaginaria de los individuos con sus condiciones reales de existencia”

acciones de compensación de estas desigualdades para lograr una equidad en los resultados.

El velo de ignorancia de Rawls está irremediablemente rasgado. La solidaridad pasa a estar fundada en el tratamiento diferenciado de los individuos y por tanto ya no puede derivarse de una norma fija o universal o un llamado a la igualdad de derechos. La concepción dominante de la reducción de las desigualdades asume ahora la forma de una denuncia a las discriminaciones, entendidas en sentido general.

Afirma Rosavallon (1995): “En cierta forma, se piensa realizar un equivalente de justicia distributiva radicalizando el derecho de la justicia conmutativa. En tanto es reconocido como víctima, un individuo puede pretender una compensación.... En su origen, las nociones de víctima e indemnización son puramente civiles: son de la competencia del derecho clásico de la responsabilidad. Pero terminaron por constituir el paradigma social central, llegando a aplicarse a grupos enteros..... La justicia se aprehende únicamente en términos de compensación y reparación.

El camino de denuncia de las discriminaciones y reivindicación de las minorías y de los grupos víctimas de un daño actual, o víctimas de una injusticia pasada. Esta vía parece arrojar mejores resultados. Por esta vía logró los cambios la comunidad negra en Estados Unidos; por esta vía cursaron las luchas contra la discriminación de la mujer, de las minorías sexuales, de los discapacitados. Afirma Rosavallón que *“Incluso la izquierda....., en su conjunto, espera más de una ampliación de los derechos civiles que de una afirmación de los derechos sociales.”*

Según la OMS (2008):

En el espíritu de la justicia social, la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha en 2005 la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo. La Comisión hace un llamamiento a la OMS y a todos los gobiernos para que tomen la iniciativa en la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud, con el fin de alcanzar la equidad sanitaria. Es esencial que los gobiernos, la sociedad civil, la OMS y otras organizaciones internacionales se unan para adoptar medidas encaminadas a mejorar la vida de los ciudadanos del mundo. Alcanzar la equidad sanitaria en el lapso de una generación es posible; es lo que hay que hacer y éste es el momento adecuado para hacerlo.

Bogotá, Diciembre de 2008

ⁱ Braveman, Paula y Gruskin, Sofía (2003). Defining equity in Health, Theory and Methods, J Epidemiol Community Health, No 57.2003 Página 25-258.

ⁱⁱ Kelsen Hans (1979, póstuma), *Teoría General de las Normas*. Editorial Trillas, México, 1994

ⁱⁱⁱ Canguilhem Georges. (1971) *El Conocimiento de la Vida*. Editorial Anagrama. Barcelona. 1976

^{iv} Martínez Félix “*Aportes a la Discusión sobre el concepto de Salud y Enfermedad*”. Revista Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Volumen 11, No. 1 Junio 1988.

^v Martínez Félix (2007), “*Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud*” en Restrepo Darío (E) *Equidad y Salud. Debates para la Acción* Colección la seguridad social en la encrucijada. Secretaría Distrital de Salud. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia, Gente Nueva Editorial, Bogotá. 2007.

-
- ^{vi} Daniels, Norman (2002). *Democratic Equality. Rawls Complex Egalitarianism*. En: Freeman Samuel (2002). *The Cambridge Companion to Rawls*. Cambridge University Press. Cambridge 2003.
- ^{vii} Sen Amartya 2004. *Elements of a Theory of Human Rights*. Philosophy and Public Affairs. Blackwell Publishing inc. 2004.
- ^{viii} Rawls John, 1971. *Teoría de la Justicia*. Fondo de Cultura Económica. Segunda Edición en español. Cuarta reimpression 2003.
- ^{ix} *Derecho y legislación*. Enciclopedia Temática Argos Tomo 13 I Ciencias Sociales (I). Editorial Argos, Barcelona. 1970
- ^x OPS. (1998) *La situación de salud en la región de las Américas*. Informe Anual del Director. Washington. 1998.
- ^{xi} OMS 2008. “*Subsanar las desigualdades en una generación*” Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la salud . Ginebra 2008.
- ^{xii} Peter Fabienne y Evans Timothy, *Dimensiones éticas de la equidad en salud* En: Evans T, Margaret W, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, ed. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, Washington, DC.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud; 2002. (Publicación Científica y Técnica No. 585).
- ^{xiii} Wagstaff Adam.2002. *Poverty and health sector inequalities*. Bulletin of the World Health Organization 2002;80:97-105.
- ^{xiv} *Reducing Health Disparities –Roles of the Health Sector*: Discussion Paper. Prepared by the Health Disparities Task Group of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health and Health Security. *Canadá December 2004*
- ^{xv} Evans, Whitehead, Diderishen, Bhuiya y Wirth. *Introducción* En: Evans T, Margaret W, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, ed. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, Washington, DC.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud; 2002. (Publicación Científica y Técnica No. 585).
- ^{xvi} Diderichsen Finn, Evans Timothy y Witehead Margaret. *Bases sociales de las disparidades en salud*. En: Evans T, Margaret W, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, ed. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, Washington, DC.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud; 2002. (Publicación Científica y Técnica No. 585).
- ^{xvii} Krieger, Nancy. *Glosario de epidemiología social*. En: OPS- OMS. Boletín epidemiológico Volumen 23 Número 2 Junio de 2002. Página 10.
- ^{xviii} OMS. 2003 “*The Solid Facts. Social Determinants of Health*”. Segunda Edición. Ginebra. 2003
- ^{xix} Althusser Luis, 1970 “*Ideología y aparatos ideológicos del Estado*”. Ediciones Los Comuneros. Bogotá.
- ^{xx} Rosavallon Pierre, 1995, “*La Nueva Cuestión Social. Repensar el Estado Providencia*” Ediciones Manantial, Buenos Aires, 1995