

Fundamentos de las diferentes conceptualizaciones en Salud, Equidad en Salud y en Inequidades en Salud

Por: Diego A. Sarasti V., MD, MSP, PhD Salud Pública¹

Resumen

Usualmente se considera que la Salud, la Equidad en Salud y las Inequidades en Salud son lugares comunes en donde todos tenemos la misma posición o divergimos en poco. Pero, hay diversas formas de entenderlas: a la Salud, según los factores que se tengan en cuenta para definir el proceso Salud-Enfermedad; a la Equidad en Salud y las Inequidades en Salud, según sus diferentes sustentos conceptuales en Justicia Sanitaria, Justicia Social y Justicia; los cuales, son: Igualitarios, Libertario, Contractualista, Bien Común, Utilitarista, Enfoque de Derechos, Enfoque de Derechos de Género; ninguno de los cuales es reducible a otro y no hay uno solo que abarque a todos los demás. Este texto precisa aspectos centrales para la comprensión de dichos conceptos, así como, de las relaciones entre sí. Desde la perspectiva del autor, se plantea que la concepción de la Salud entendida como una vida plena y, un desarrollo integral y diverso del ser humano y la comunidad, articulada con la concepción de justicia sanitaria, en cuanto una distribución de los recursos sociales y de salud según las necesidades de los diferentes grupos, permite una conceptualización de la Equidad en Salud y de las Inequidades en Salud con mayores efectos sociales benéficos al aplicarse en las políticas públicas en salud, los sistemas sanitarios y en la práctica de la salud pública.

Palabras clave: Salud, Equidad en Salud, Inequidad en Salud, Justicia Sanitaria, Justicia Social, Justicia; Concepciones en Salud, Equidad en Salud e Inequidades en Salud

¹ Profesor asociado; Sección de Pediatría Social, Departamento de Pediatría y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Correspondencia a: diego.sarasti@udea.edu.co.

Foundations of the different conceptualizations in Health, Health Equity and Health Inequities

Abstracts

Health, Health Equity and Health Inequities are usually considered to be common places where we all have the same position or diverge slightly. However, there are different ways of understanding them: Health, depending on considered factors to define the health-disease process; Health Equity and Health Inequities, according to their different conceptual foundations in Health Justice, Social Justice and Justice; which are: Egalitarians, Libertarian, Contractualism, Common Good, Utilitarian, Rights-Based Approach, Gender Rights Approach; none of which is reducible to another and there is not one that encompasses all the others. This text specifies central aspects for understanding these concepts, as well as the relationships between them. From author's perspective, it is proposed a Health conception understanding it as a full life, and an integral and diverse development of human being and community, articulated with health justice concept, as distribution of social and health resources according to different groups' needs, allowing for a conceptualization of Health Equity and Health Inequalities with greater beneficial social effects when applied in public health policies, health systems and in public health practice.

Keywords: Health, Health Equity, Health Inequity, Health Justice, Social Justice, Justice; Conceptions about Health, Health Equity and Health Inequities

Fundamentos das diferentes conceptualizações em Saúde, Equidade em Saúde e Iniquidades em saúde

Sumário

Saúde, Equidade em Saúde e Iniquidades em Saúde são geralmente consideradas lugares comuns onde todos temos a mesma posição ou diferimos pouco. Mas, existem diferentes formas de compreendê-los: Saúde, dependendo dos fatores que são levados em conta para definir o processo Saúde-Doença; à Equidade em Saúde e às Iniquidades em Saúde, de acordo com suas diferentes bases conceituais em Justiça em Saúde, Justiça Social e Justiça; que são: igualitários, Libertário, Contratualista, Bem Comum, Utilitário, Abordagem baseada nos direitos, Abordagem dos Direitos de Género; nenhum dos quais é redutível a outra e não há uma que englobe todas as outras. Este texto especifica aspetos centrais para a compreensão desses conceitos, bem como as relações entre eles. Na perspectiva do autor, propõe-se que a concepção de Saúde entendida como uma vida plena e um desenvolvimento integral e diverso do ser humano e da comunidade, articulada com a concepção de justiça em saúde, como uma distribuição dos recursos sociais e de saúde de acordo com as necessidades dos diferentes grupos, permite uma conceptualização da Equidade em Saúde e das Iniquidades em Saúde com maiores efeitos sociais benéficos quando aplicados nas políticas públicas de saúde, nos sistemas de saúde e na prática da saúde pública.

Palavras-chave: Saúde, Equidade em Saúde, iniquidade em Saúde, justiça sanitária, Justiça Social, Justiça; Concepções sobre Saúde, Equidade em Saúde e Iniquidade em Saúde

Introducción

Hay diferentes formas de entender a la Salud, según los factores que cada una de sus concepciones tiene en cuenta para responder a la pregunta de ¿Cómo nos enfermamos?; es decir, para definir el proceso salud-enfermedad. Estas concepciones responden a las diferentes visiones, ideologías e intereses de quienes las sustentan y; llevan a formas particulares de respuesta (individual y social) a lo que consideran, desde su perspectiva, afectación de la situación de salud.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OPS, 2020) considera a la equidad como el principio de ser justo para todos con referencia a un definido y reconocido conjunto de valores. Por su parte, la equidad en salud es un principio ético, normativo, de la justicia distributiva, que está relacionado con los derechos humanos;

De otro lado, las Inequidades en Salud son un tema importante porque su análisis de las diferencias en vivir, enfermar y morir de diferentes grupos poblacionales en una misma sociedad señala y abre paso a analizar aspectos relevantes que configuran y afectan el desarrollo mismo de la sociedad, no sólo por la carga de la enfermedad que implican, sino, sobre todo, por las potencialidades perdidas de sus miembros afectados negativamente, las cuales, dejan de expresarse y que podrían haber contribuido al desarrollo mismo de la sociedad. Igualmente, por las implicaciones éticas que se derivan de estas diferencias.

La Equidad en Salud y las Inequidades en Salud son temas de importancia en el área de la Salud porque señalan en norte ético del quehacer en esta área. Pero, el problema es que todos, con regularidad, hablamos de que estamos a favor de lo justo y en contra de lo injusto; como si estuviéramos en lugares comunes compartidos, pero ¿Hay una única forma de considerar qué es lo justo o lo injusto?; por lo que, es válido preguntarse ¿Qué es lo justo? ¿Qué es lo injusto? Y, esto cómo se manifiesta en el área de la salud.

El asunto es que no hay una sola concepción de justicia y ninguna de ellas es capaz de abarcar a las demás; lo mismo pasa con las concepciones sobre injusticia. Así, es preciso conocer esta polisemia para tener claro los efectos sobre la teoría y práctica en Equidad en Salud e Inequidades en Salud, ya que, esto condiciona las inequidades que se investigan y su forma de investigarlas, así como, la equidad que se pretende alcanzar.

Los conceptos de Equidad en Salud y de Inequidades en Salud sólo son comprensibles a la luz de las conceptualizaciones sobre la Justicia Sanitaria, la Justicia Social y la Justicia. Pero, los términos de la relación de las dos primeras con cada una de las últimas mencionadas se difuminan cuando vemos que todos estos conceptos tienen diferentes acepciones; al igual que, el concepto de Salud. Por eso, es necesario precisar qué entender por Salud, Equidad en Salud, Inequidades en Salud, Justicia Sanitaria, Justicia Social y Justicia; para, luego, abocarnos a la tarea de estudiar sus relaciones. Lo anterior es el derrotero del presente artículo.

Todo lo anterior, con miras a comprender tales conceptos y aportar a su aplicabilidad en las políticas públicas en salud, los sistemas sanitarios y en la práctica de la salud pública.

1. Definiciones conceptuales

Es preciso definir claramente varios conceptos sustantivos en esta temática para estandarizar entre los lectores sobre qué es de lo estamos hablando; entre estos conceptos están:

a. Salud

La Salud tiene diversas concepciones, según el cómo se explica el proceso salud-enfermedad; entre estas están: la biológica, que se basa en el germen y la enfermedad para explicarlo; la concepción clínico-asistencial, que se concentra en el cuadro clínico

de la enfermedad y en el sistema de atención de las enfermedades y; la concepción Bio-psico-social de la Salud, que se centra en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud para explicar dicho proceso.

También, está la concepción de la Salud como una vida plena y un desarrollo integral y diverso del ser humano (Posada-Díaz et al., 1997) y la comunidad (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - Organización Mundial de la Salud, 2009), que se centra en dichos aspectos para explicar el proceso salud-enfermedad.

De esta forma, la concepción que se tenga sobre la Salud condiciona cuáles son los factores a tener en cuenta para analizar el proceso Salud-Enfermedad y las problemáticas de salud que se reconocen; mientras que, a su vez, define el marco de posibilidades de la respuesta social a estas problemáticas.

Así, en el marco de posibilidades de la respuesta social a las problemáticas de salud, la concepción biologista se centra en el manejo de las enfermedades; la concepción clínico-asistencial se centra en la organización del sistema social de atención de enfermedades (imprecisamente llamado Sistema de Atención en Salud); la concepción Bio-psico-social de la salud se centra en el control de los factores de riesgo en los aspectos biológico, psicológico y social (Arredondo, 1992) (Hernández-Girón et al., 2012) y; la concepción de la Salud como una vida plena y un desarrollo integral y diverso de las capacidades humanas, individuales y colectivas, se centra en el análisis de los procesos para lograr los objetivos que menciona y de los obstáculos que los dificultan.

Por su parte, las concepciones biologista y clínico-asistencial consideran que la Salud es el sistema de atención de enfermedades (imprecisamente llamado Sistema de Salud); mientras que, la concepción Bio-psico-social y la de la Salud como una vida plena y un desarrollo integral y diverso de las capacidades humanas, individuales y colectivas, consideran que la Salud es un problema social que involucra a los diferentes

actores sociales y que; la Salud, además, del sistema de atención de enfermedades, comprende a otras áreas de la sociedad como el empleo, la cultura, la vivienda, el saneamiento básico ambiental, la recreación y la educación, entre otros.

Es relevante comprender que la Salud y, dentro de esta, el sistema de atención de enfermedades, están configurados por factores políticos y económicos; al igual, de que, en la configuración del sistema en mención, los diversos actores (aseguradores, prestadores, recurso humano en salud, entes de vigilancia y control estatales, comunidad) tienen posiciones diferenciales de capacidad de agencia según la configuración misma del sistema.

b. Equidad en Salud

La Equidad en Salud se considera como la ausencia de sistemáticas disparidades en salud (o en sus determinantes sociales) entre los grupos sociales más y menos aventajados. Operativamente se miden estas disparidades en salud (y en sus principales determinantes sociales) asociándolas con la ventaja/desventaja social.

Para diferenciar entre igualdad y equidad, así como, en la identificación de las inequidades en salud es preciso involucrar, más allá de los hechos, los datos y los significados, un juicio normativo basado en la postura que se opte sobre la Justicia, la Justicia Social, la Justicia Social en Salud, la sociedad y las causas subyacentes de las Inequidades en Salud.

c. Inequidades en Salud

Debido a que identificar las inequidades en salud involucra el juicio normativo, la ciencia sola no puede determinar cuáles inequidades son injustas o que proporción de una desigualdad observada es injusta (Kawachi et al., 2002).

Las inequidades en salud afectan sistemáticamente a las poblaciones que están socialmente en desventaja (por ejemplo, ser pobre, mujer, o miembro de un grupo

racial, étnico o religioso al que se le niegan sus derechos ciudadanos) colocándolas en una mayor desventaja con respecto a su salud (Braveman & Gruskin, 2003). La medición de las inequidades en salud plantea sus dificultades, pese a existir diversos métodos para medirlas (Moser et al., 2007) (Pan American Health Organization, 1999) (Schmalbach-Eslava et al., 2007) (Reidpath & Allotey, 2007) (Schneider et al., 2002) (O'Donnell et al., 2008).

Mientras que, las desigualdades en salud son el término genérico usado para designar diferencias, variaciones y disparidades en los logros en salud de individuos y grupos (Kawachi et al., 2002), las inequidades en salud son las diferencias en salud no sólo innecesarias sino evitables y, adicionalmente, injustas (Whitehead, 1992). Así, estas últimas se refieren a aquellas desigualdades que son consideradas injustas o derivadas de alguna forma de injusticia.

Las inequidades están unidas a la desventaja social; puede darse el caso que haya mejoría general en salud para todos, así sea a diferentes ritmos según las clases sociales, pero mantenerse las inequidades. Los factores que llevan a una mejoría general en la salud – mejorías en ambiente, saneamiento adecuado y agua limpia, mejor nutrición, altos niveles de inmunización, alojamientos adecuados – no siempre reducen las inequidades en salud (Graham & Kelly, 2004).

Por su parte, la perspectiva de análisis de las inequidades en salud desde los factores individuales considera que la posición social es una de las principales causas de ellas. Existen al menos cuatro grupos de teorías para explicar la relación entre las inequidades en salud y la posición social (Bonney et al., 2007):

- 1) La teoría materialista/estructuralista propone que lo inadecuado de los ingresos individuales lleva a una falta de recursos para hacer frente a los factores que generan tensión en la vida y lleva a producir mala salud (Goldberg et al., 2003; Frohlich et al., 2001; Macintyre, 1997).

2) El modelo psico-social propone que la discriminación basada en el lugar que ocupe la persona en la jerarquía social causa diferentes tipos de tensión que llevan a una respuesta neuroendocrina que produce enfermedad (Karasek, 1996; Siegrist & Marmot, 2004; Evans & Stoddart, 2003; Goldberg et al., 2003).

3) El modelo de la producción social de la salud se basa en la premisa que el capitalismo prioriza la acumulación de riqueza, poder, prestigio y bienes materiales a costa de los que están en posición de desventaja.

4) La teoría eco-social junta los modelos psico-social y el de la producción social de la salud y mira como los ambientes social y físico interactúan con la biología y cómo los individuos “encarnan” aspectos de los contextos en los cuales viven y trabajan (Goldberg et al., 2003; Krieger, 2001), basándose en el concepto de la “construcción colectiva de estilos de vida” que considera que las opciones de estilo de vida están influenciadas por las oportunidades en la vida que el medio en que la gente vive le provee (Frohlich, 2001; Cockerham, 1997).

De otro lado, desde la perspectiva de análisis de los factores colectivos de las inequidades en salud, estas se manifiestan en muy diversas áreas; una de ellas es la tasa de mortalidad infantil. Así, la mayor tasa de mortalidad de la población infantil pobre se asocia a que ellos tienen una mayor exposición a enfermedades y lesiones, así como, una menor cobertura con intervenciones preventivas. En estado de enfermedad leve, además de lo anterior, tienen mayor probabilidad de enfermar, menor resistencia a las enfermedades, mayor exposición a enfermedades y lesiones y; en caso de enfermedad grave, tienen menor cobertura con intervenciones preventivas, mayor probabilidad de enfermar y menor resistencia a las enfermedades (Victora et al., 2003).

Otra área en que se manifiestan las inequidades en salud es en el deterioro de las condiciones de equidad. Un estudio de la Organización para la Cooperación Económica

y el Desarrollo (OCED), que reúne a 30 naciones del mundo, 25 de las cuales son de altos ingresos, señala que ha aumentado la brecha entre ricos y pobres en el ingreso y se ha incrementado la pobreza en más de tres cuartas partes de los países miembros de esta organización en las dos últimas décadas del siglo XX (OECD, 2008).

Por su parte, se debe diferenciar entre los determinantes de la salud y los determinantes de las inequidades en salud, pues, los primeros se refieren a los factores sociales que promueven o deterioran la salud de los individuos y los grupos sociales y, los segundos, se refieren a los procesos que subyacen a la distribución inequitativa de esos factores entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad (Álvarez-Castaño, 2009).

d. Justicia Sanitaria

Hay diferentes teorías sobre la Justicia Sanitaria, no reducibles una en otra. Diversos autores han reconocido cuatro concepciones teóricas modernas, referentes al estado de salud de una población y a su accesibilidad y uso de los recursos en esta área: las libertarias, las utilitaristas, las contractualistas y las igualitarias (Vega-Romero, 2001).

Las concepciones libertarias conciben que la salud y los cuidados en atención de enfermedades deben ser provistos a través de los mecanismos del libre mercado, basados en el libre consentimiento y, cuando sea necesario ayudar a los pobres, mediante programas de beneficencia (Vega-Romero, 2001).

Las concepciones utilitarias proclaman que la salud y los cuidados en atención de enfermedades deben producir la máxima satisfacción para los miembros de la sociedad, así, maximizándose con la suma de los beneficios individuales (Vega-Romero, 2001).

Por su parte, las concepciones contractualistas conciben que la salud y los cuidados en atención de enfermedades son producto de un contrato, acordado a través de un procedimiento dialógico o monológico (Vega-Romero, 2001).

Las concepciones igualitaristas consideran que la salud y los cuidados en atención de enfermedades deben ser proveídos de forma igual a los miembros de la sociedad, aunque los igualitaristas radicales proponen su distribución igual y plena según las necesidades en salud, pero los igualitaristas moderados proponen su distribución según un criterio de igualdad básica o mínima (Vega-Romero, 2001).

Así mismo, hay igualitaristas que enfatizan la igualdad en los resultados de esta distribución, mientras que otros enfatizan la igualdad en el acceso y uso de los medios, independiente de los resultados. Por su parte, en cuanto el origen e implementación de esta igualdad, unos igualitaristas los conciben a partir de un contrato entre miembros de la sociedad; mientras que, otros como resultado de la implementación de una teoría o modelo de sociedad, como el socialismo o el marxismo (Vega-Romero, 2001).

Las concepciones libertarias han sido criticadas porque no reconocen el principio de que toda persona tiene el derecho a la protección en salud y el que no asume a la discapacidad (morbilidad) y la muerte como problemas colectivos; también, por su poco interés en las condiciones sociales y su énfasis en la responsabilidad individual. Así, se les critica por la culpabilización frecuente del individuo para explicar los problemas de salud, liberando con estas explicaciones conductistas a la sociedad y a intereses poderosos en ella de la carga de acciones colectivas.

Además, se les critica por asignarle al sujeto la mínima acción colectiva al liberarlo de estas obligaciones, excepto respetar los derechos fundamentales de los otros, lo mismo que, por una excesiva confianza e inversión de recursos en los servicios médicos curativos (Beauchamp, 2003).

Así mismo, se les critica que hayan negado los valores sociales en favor de los valores del mercado y reducido los espacios para debatir la importancia de la Justicia Social para el desarrollo de la sociedad democrática.

En síntesis, la Justicia Sanitaria no tiene un valor último en términos del cual puedan ser juzgadas estas diferentes concepciones; siendo, por lo tanto, imposible desarrollar una teoría monística de la Justicia Sanitaria.

Para comprender los fundamentos de las diferentes concepciones de Justicia Sanitaria necesitamos conocer las distintas concepciones sobre Justicia Social y sobre Justicia.

e. Justicia Social

Al igual que existe diversidad de concepciones sobre Justicia Sanitaria, no reducibles unas en otra, hay diferentes teorías sobre la Justicia Social que, tampoco, pueden ser subsumibles unas en una otra que las abarque a todas.

La Justicia Social como igualdad tiene concepciones substantivas y no substantivas (Vega-Romero, 2001). Entre las concepciones substantivas de la Justicia Social, están: la noción Judeocristiana de la igualdad ante un Dios trascendente; el racionalismo científico, que presupone una igualdad común para aprehender verdades universales y demostrables y; una concepción metafísica, que asume una conciencia unificada y duradera del sí mismo, que permanece como sustancia estable detrás de los atributos.

En las concepciones no sustantivas de la Justicia Social como igualdad hay dos tendencias: una, que parte de la razón práctica para llegar a constituir verdades o normas y códigos morales o éticos de carácter universal, ya sea mediante un discurso monológico, como es el caso de los planteamientos de Kant y de Rawls, o mediante procedimientos discursivos de carácter dialógico, como en Habermas.

La otra tendencia, que no parte de la razón práctica, niega la pretensión de la existencia de verdades absolutas racionales de carácter universal para generar normas y códigos morales y, sitúa esta generación como resultante de la lucha basada en relaciones de poder, conocimiento y lenguaje; esta postura post-estructuralista, originada en Nietzsche, fue desarrollada por Foucault, Lyotard, Derrida, Levinas y Hatab (Vega-Romero, 2001).

En Justicia Social, en torno a en qué tratar como iguales a los ciudadanos, hay diferentes concepciones: el liberalismo considera que se da cuando reciben la misma cantidad de recursos (Dworkin), los mismos bienes sociales primarios (Rawls) o cuando se les pone a disposición las condiciones necesarias para el ejercicio de la libertad de decisión y poder realizar sus capacidades básicas (Cortés-Rodas, 2007).

Así, este concepto de la igualdad en términos de Justicia Social tampoco tiene un valor último en términos del cual puedan ser juzgadas sus diferentes concepciones; siendo así, imposible desarrollar una teoría monística de la igualdad.

La Justicia Social en el plano internacional se manifiesta en la Justicia Global y tiene diferentes posturas con diversas propuestas para superar los agudos problemas de pobreza mundial y de aumento de las desigualdades sociales.

Unas posturas, basadas en el liberalismo contemporáneo, consideran la solución a estos problemas como un mero asunto de distribución equitativa de bienes sociales; entre ellas, están el Proyecto Cosmopolita en Justicia Global (Pogge, 2005); los de los derechos humanos básicos, como son las propuestas de Rawls (Rawls, 1999) y de Habermas (Habermas, 2010); o al aseguramiento de unas capacidades humanas básicas, como son las propuestas de Nussbaum (Nussbaum, 2011) y de Sen (Sen, 1985). Otra postura, considera que se debe tener en cuenta las asimetrías estructurales de las relaciones de poder en la causalidad de estos problemas al considerar las anteriores posturas como insuficientes, por diversas razones (Cortés-Rodas, 2007).

Como se ha mostrado, las diferentes concepciones de Justicia Sanitaria no son subsumibles unas en otras, como tampoco lo son las de Justicia Social. Esto se debe a que se fundamentan en diferentes concepciones sobre la Justicia.

f. Justicia

Hay diferentes teorías sobre la Justicia en el escenario de la teoría política de occidente, de acuerdo con sus valores fundacionales: igualdad (socialismo), libertad (capitalismo), libertad (libertarianismo) y, como Kymlicka lo señala, en las nuevas teorías políticas aparece un diferente valor último, 'acuerdo contractual' (Rawls), 'el Bien Común' (comunitarianismo), 'utilidad' (utilitarianismo), 'Derechos' (Dworkin) o 'Hermafroditismo' (Feminismo). Debido a que no hay un valor último en términos del cual estos valores fundacionales sean juzgados no es posible desarrollar una teoría monística de la Justicia (Kymlicka, 1995).

El libertarianismo enfatiza la libertad (principalmente, en comerciar) y defiende la libertad del mercado y demanda limitaciones al uso del Estado para la política social (Kymlicka, 1995). Su argumento central, cuestionado por el igualitarismo, considera que una concepción liberal de la justicia trata fundamentalmente de los derechos a las libertades básicas y que éstas tienen una prioridad absoluta frente a la distribución igual de oportunidades en la esfera social o frente a la redistribución de bienes y derechos en la esfera económica (Cortés-Rodas, 2007).

Por otra parte, para el liberalismo clásico la Justicia significa la protección de la libertad y, con ello, el aseguramiento de los derechos civiles individuales y para el liberalismo social significa asegurar las condiciones básicas para que todos los miembros de la sociedad puedan considerarse y reconocerse entre sí como personas iguales, libres y autónomas; así mismo, para el neoliberalismo significa el aseguramiento de las condiciones que permitan proteger los derechos y libertades civiles y, en particular, el derecho a la propiedad privada (Cortés-Rodas, 2007).

Una gran diferencia entre estos dos últimos (liberalismo social y neoliberalismo) estriba en que este último rechaza completamente la legitimidad del estado social basada en su función de ejercer justicia distributiva (Cortés-Rodas, 2007).

El igualitarismo toma como principio de Justicia al principio moral que considera valioso, intrínseca o instrumentalmente, el que cada uno tenga acceso a llegar a los mismos niveles de beneficios o ventajas en el curso de su existencia, ya sean estos, recursos, bienes primarios, capacidades o, propósitos, tales como, cumplimiento de la satisfacción deseada, felicidad o el bienestar objetivo, etc (Arneson, 2005).

Una perspectiva normativa de la Justicia considera que todos los miembros de la sociedad deben tener las condiciones mínimas sociales y económicas para poder desarrollar plenamente sus habilidades y capacidades (Cortés-Rodas, 2007). Por lo que, se debería tener en cuenta, en un sentido amplio, como causas de las injusticias sociales, tanto la violación de las libertades individuales, como las desigualdades económicas y sociales; al igual que, la negación de las diferencias culturales, la explotación, la marginalización y la exclusión (Cortés-Rodas, 2007).

En lo que va del presente artículo se han definido los conceptos de Equidad en Salud, Inequidades en Salud, Justicia Sanitaria, Justicia Social y Justicia, pues, como ya se mencionó, son áreas que pueden dar a confusión, por no ser unívocas sus conceptualizaciones.

2. Relación entre las diversas concepciones en Salud y las diferentes concepciones de Justicia Sanitaria

En cuanto la relación entre la concepción de salud y la de justicia sanitaria, se encuentra que las concepciones biologista, clínico-asistencial y Bio-psico-social de la salud, se han relacionado más con la concepción de justicia sanitaria que prioriza la igualdad entre los diferentes grupos humanos en el acceso y uso de los recursos en salud en cuanto a qué acceder; mientras que, la concepción de la Salud como una vida plena y un desarrollo integral y diverso del ser humano y la comunidad se relaciona más con igualdad en los resultados de la distribución de los recursos en salud.

De otro lado, las concepciones biológica y clínico-asistencial en salud se relacionan más con las concepciones libertarias, utilitarias y contractualistas de justicia sanitaria; mientras que, la concepción Bio-psico-social y, la de una vida plena y un desarrollo integral y diverso del ser humano y la comunidad, se han relacionado más las concepciones de derechos e igualitarias de justicia sanitaria.

3. Las diferentes concepciones de Equidad en Salud y de Inequidades en Salud según las diversas concepciones de Justicia Sanitaria, Justicia Social y Justicia

En el presente apartado se muestran las relaciones de las diferentes concepciones de Equidad en Salud e Inequidades en Salud con las diversas concepciones de Justicia, Justicia Social y Justicia Sanitaria, para comprender los diversos orígenes y perspectivas de las primeras. Lo anterior, debido a que la diversidad de estas concepciones y, el no haber unas que subsuman a las demás, hacen que estas relaciones sean un entramado de diferentes rutas; las cuales, además, reflejan las visiones de mundo, posturas ideológicas e intereses de sus detentores. Así, entender la diversidad de estas relaciones permite comprender el marco de posibilidades que implica cada postura en Equidad en Salud y en Inequidades en Salud.

El siguiente cuadro muestra, según las diversas concepciones, la correlación entre las definiciones de Equidad en Salud y de Inequidades en Salud con las definiciones de Justicia Sanitaria, en cuanto concepciones de Derechos en Salud y forma de acceder a ellos; así como, con Justicia Social, en cuanto concepciones de igualdad entre los miembros de una sociedad y; con Justicia, en cuanto cuál valor fundacional se tiene para entenderse a esta última.

Concepción de justicia	Equidad en Salud	Inequidades en Salud	Justicia Sanitaria (como Derechos en salud) (Vega-Romero, 2001)	Justicia Social (como igualdad entre los miembros de una sociedad)	Justicia (Valor Fundacional) (Kymlicka, 1995)
Igualitaria	<i>A. En cuanto distribución de los recursos en salud</i>			<ul style="list-style-type: none"> • Sustantivas (relacionadas con el sujeto): noción judeo-cristiana, racionalismo científico, concepción metafísica (Vega-Romero, 2001) • No sustantivas (verdades- normas construidas conjuntamente/impuestas) (Vega-Romero, 2001) 	Igualdad
	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución de los recursos en salud entre los diferentes grupos humanos que sí responde a sus necesidades específicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución de los recursos en salud entre los diferentes grupos humanos que no responde a sus necesidades específicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Postura radical: Igualdad según las necesidades de los diferentes grupos humanos. 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución de los recursos en salud que sí responde a los criterios básicos o mínimos de igualdad entre los diferentes grupos humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución de los recursos en salud que no responde a los criterios básicos o mínimos de igualdad entre los diferentes grupos humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Postura Moderada: Igualdad según unos criterios básicos o mínimos de igualdad entre los diferentes grupos humanos. 		
	<i>B. En cuanto a, en qué acceder los diferentes grupos humanos</i>				
<ul style="list-style-type: none"> • Igualdad en los resultados de la distribución de los recursos en salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Desigualdad en los resultados de la distribución de los recursos en salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Igualdad en los resultados de la distribución de los recursos en salud 			

<ul style="list-style-type: none"> • Igualdad en el acceso y uso de recursos en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desigualdad en el acceso y uso de recursos en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Igualdad en el acceso y uso de recursos en salud.
<p><i>C. En cuanto al origen de la igualdad entre los diferentes grupos humanos</i></p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Contrato (social) igual para los miembros de la sociedad que da un acceso igual a la distribución de los recursos en salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato (social) igual, pero, que no se cumple (o un contrato (social) diferente según particularidades de los miembros de la sociedad) que da un acceso diferencial a la distribución de los recursos en salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato (social) entre los miembros de la sociedad
<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a la distribución de los recursos en salud que responde al modelo de sociedad (socialismo/marxismo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a la distribución de los recursos en salud que no responde al modelo de sociedad (socialismo/marxismo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de un modelo de sociedad (socialismo/marxismo)

Libertaria	La salud y cuidados en atención de enfermedades son proveídos mediante el libre mercado, basados en el libre consentimiento y hay ayuda a los pobres con programas de beneficencia	Hay restricciones para que la salud y cuidados en atención de enfermedades sean proveídos mediante el libre mercado, al libre consentimiento o, a que haya ayuda a los pobres con programas de beneficencia	La salud y cuidados en atención de enfermedades son proveídos mediante el libre mercado, basados en el libre consentimiento y ayuda a los pobres con programas de beneficencia	Igualdad en asignación de (Cortés-Rodas, 2007): <ul style="list-style-type: none"> • La misma cantidad recursos (liberalismo) • Los mismos bienes primarios (Rawls) • condiciones necesarias para ejercer libertad de decisión y realizar capacidades básicas (Cortés) 	Libertad
contractualista	La salud y los cuidados en atención de enfermedades son producto de un contrato (social), acordado a través de un procedimiento dialógico o monológico	La salud y los cuidados en atención de enfermedades no son producto de un contrato (social), acordado a través de un procedimiento dialógico o monológico	La salud y los cuidados en atención de enfermedades son producto de un contrato (social), acordado a través de un procedimiento dialógico o monológico	No sustantivas (verdades- normas construidas conjuntamente/impuestas) (Vega-Romero, 2001)	Acuerdo contractual
Bien común	La salud y los cuidados en atención de enfermedades son dados como bien común	La salud y los cuidados en atención de enfermedades no son dados como bien común	salud y cuidados en atención de enfermedades dados como bien común	Igualdad de los sujetos en una comunidad	Bien común

Utilitarista	La salud y los cuidados en atención de enfermedades logran ser de la máxima satisfacción para el mayor número de individuos	La salud y los cuidados en atención de enfermedades no logran ser de la máxima satisfacción para el mayor número de individuos	La salud los y cuidados en atención de enfermedades deben producir la máxima satisfacción para los miembros de la sociedad (suma de los beneficios individuales))	Máxima satisfacción para el mayor número de individuos (Kymlicka, 1995)	Utilidad
Enfoque de Derechos	La salud y cuidados en atención de enfermedades son derechos que se cumplen	La salud y cuidados en atención de enfermedades son derechos que no se cumplen	salud y cuidados en atención de enfermedades son proveídos como derechos	No sustantivas (verdades- normas construidas conjuntamente/impuestas) (Vega-Romero, 2001)	Derechos
Enfoque de Derechos de género	La salud y los cuidados en atención de enfermedades son proveídos preferentemente a grupos en desventaja de género	La salud y los cuidados en atención de enfermedades no son proveídos preferentemente a grupos en desventaja de género	Salud y cuidados en atención de enfermedades proveídos preferentemente a grupos en desventaja de género	No sustantivas (verdades- normas construidas conjuntamente/impuestas) (Vega-Romero, 2001)	Derechos de género

Fuente de cuadro: elaboración propia del autor

4. Conclusiones

Las diferentes concepciones de Salud toman diferentes aspectos para responder a la pregunta de ¿Por qué nos enfermamos? y, de esta forma, analizar el proceso salud-enfermedad; así, la concepción biologista analiza solo los aspectos biológicos, la clínico-asistencial se concentra en el cuadro clínico y en la organización del sistema de salud (realmente, el sistema social de atención de enfermedades). La concepción Bio-psico-social de la salud, se centra en aspectos biológicos, psicológicos y sociales tomándolos cada uno en sí y relacionándolos entre sí sólo como factores de riesgo aislados, sin pretender comprender sus interrelaciones mediante marcos conceptuales específicos y complejos.

Por su parte, está la concepción de la Salud como una vida plena y un desarrollo integral y diverso del ser humano y la comunidad que permitan la manifestación y el desarrollo a plenitud de las capacidades humanas, individuales y colectivas, en su diversidad, la cual, analiza las condiciones de vivir, de enfermar y de morir del individuo y la comunidad que posibilitan o limitan una vida plena y el desarrollo integral y diverso de las capacidades humanas.

De otro lado, las diferentes concepciones en salud se relacionan con concepciones específicas de Justicia Sanitaria. Las concepciones biologista, clínico-asistencial y Bio-psico-social de la salud se relacionan más con la concepción de justicia sanitaria que prioriza la igualdad entre los diferentes grupos humanos en el acceso y uso de los recursos en salud en cuanto a qué acceder; mientras que, la concepción de la Salud como una vida plena y un desarrollo integral y diverso del ser humano y la comunidad se relaciona más con igualdad en los resultados de la distribución de los recursos en salud.

Así mismo, las concepciones biologista y clínico-asistencial se relacionan más con las concepciones libertarias, utilitarias y contractualistas; mientras que, la concepción Bio-

psico-social y, la de una vida plena y un desarrollo integral y diverso del ser humano y la comunidad con las concepciones de derechos e igualitarias.

Por otra parte, las diferentes concepciones de Equidad en Salud y las Inequidades en Salud se fundamentan en diversas concepciones de Justicia Sanitaria, Justicia Social y Justicia, que son: las Igualitarias, la Libertaria, la Contractualista, la del Bien Común, la Utilitarista, la del enfoque de Derechos, la del enfoque de Derechos de Género; ninguna de las cuales es subsumible en otra ni abarcativa de todas las demás. Por lo anterior, al mencionarse Salud, Equidad en Salud y las Inequidades en Salud es preciso señalarse con claridad qué se entiende por ellas, en cuanto sus fundamentos conceptuales específicos. Estas diversas definiciones y sus diferentes correlaciones entre ellas se señalan en el presente artículo.

Por su parte, desde la perspectiva del autor, se plantea que la concepción de la Salud entendida como una vida plena y un desarrollo integral y diverso del ser humano y la comunidad, articulada con la concepción de justicia sanitaria, en cuanto una distribución de los recursos sociales y de salud según las necesidades de los diferentes grupos, permite una conceptualización de la Equidad en Salud y de las Inequidades en Salud con mayores efectos sociales benéficos al aplicarse en las políticas públicas en salud, los sistemas sanitarios y en la práctica de la salud pública.

Referencias bibliográficas

- Álvarez-Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 8(17), 69–79. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n17/v8n17a05.pdf>
- Arneson, R. J. (2005). ¿Do patriotics ties limit global justice duties? In G. Brock & D. Moellendorf (Eds.), *Current debates in global justice*. Springer. <https://doi.org/10.1007/1-4020-3847-X>.
- Arredondo, A. (1992). Analysis and Reflection on Theoretical Models of the Health-Disease Process. *Cad. Saúde Públ.*, 8(3), 254–261.
- Beauchamp, D. (2003). Public Health and Social Justice. In R. Hofrichter (Ed.), *Health and Social Justice: Politics, ideology, and inequity in the distribution of disease* (First edit, p. 280). John Wiley and Sons, Inc.
- Bonnefoy, J., Morgan, A., Kelly, M. P., Butt, J., & Bergman, V. (2007). *Constructing the evidence base on the social determinants of health: A guide*. Universidad del Desarrollo, Chile - National Institute for Health and Clinical Excellence, United Kingdom. http://www.portal.pmnch.org/social_determinants/knowledge_networks/add_documents/mekn_final_guide_112007.pdf
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*, 57, 254–258. <https://jech.bmj.com/content/57/4/254>
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - Organización Mundial de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generacion*. S.A., Ediciones Journal.
- Cortés-Rodas, F. (2007). *Justicia y Exclusión*. Siglo del Hombre Editores. Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia.
- Graham, H., & Kelly, M. P. (2004). *Health Inequalities: Concepts, Frameworks and Policy*. https://www.researchgate.net/publication/242494475_Health_Inequalities_Concepts_Frameworks_and_Policy
- Habermas, J. (2010). El concepto de dignidad humana y la utopia realista de los derechos humanos. *Dianoia*, LV(64), 3–25. <https://dianoia.filosoficas.unam.mx/index.php/dianoia/article/view/218/D64>
- Hernández-Girón, C., Orozco-Nuñez, E., & Arredondo-López, A. (2012). Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. *Revista de Salud Pública*, 14(2), 315–324.
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health

- inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 647–652.
- Kymlicka, W. (1995). *Contemporary Political Philosophy*. Oxford University Press.
- Moser, K., Frost, C., & Leon, D. (2007). Comparing health inequalities across time and place—rate ratios and rate differences lead to different conclusions: analysis of cross-sectional data from 22 countries 1991–2001. *Int J Epidemiol.*, 36, 1285–9.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17898027/>
- Nussbaum, M. (2011). *Creating Capabilities: The Human Development Approach*. Belknap Press of Harvard University Press.
- O’Donnell, O., Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., & Lindelow, M. (2008). *Analyzing Health Equity using Household Survey Data*. The World Bank.
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTPAH/0,,contentMDK:20216933~menuPK:400482~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:400476,00.html>
- OECD, O. for E. C. and D. (2008). *Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries*. https://www.oecd.org/en/publications/growing-unequal_9789264044197-en.html
- OPS, O. P. de la S. (2020). *Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025: La equidad, el corazón de la salud*. Organización Panamericana de la Salud.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52717/9789275373613_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Pan American Health Organization. (1999). Methodological Summaries: Measuring Inequity in Health. *Pan American Health Organization, Epidemiological Bulletin*, 20(1).
- Pogge, T. (2005). Real World Justice. *The Journal of Ethics*, 9, 29–53.
- Posada-Díaz, Á., Gómez-Ramírez, J. F., & Ramirez-Gómez, H. (Eds.). (1997). *El niño sano* (primera ed). Editorial Universidad de Antioquia.
- Rawls, J. B. (1999). *The law of peoples; with “The Idea of Public Reason Revisited”* (first edit). Harvard University Press.
<https://mercaba.org/SANLUIS/Filosofia/autores/Contemporánea/Rawls/The Law of Peoples.pdf>
- Reidpath, D. D., & Allotey, P. (2007). Measuring global health inequity. *International Journal for Equity in Health*, 6, 16.
- Schmalbach-Eslava, J. H., Londoño-Castillo, J. S., Méndez-Mosquera, P. A., & Gutiérrez-Buitrago, G. (2007). *Medición de Inequidades en Salud: Una revisión de la literatura*. Universidad Nacional de Colombia.

- Schneider, M. C., Castillo-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., Vidaurre, M., & Roca, A. (2002). Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Rev Panam Salud Publica*, 12(6).
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9953/a08v12n6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sen, A. (1985). *Commodities and Capabilities*. North-Holland.
[https://ia801701.us.archive.org/5/items/dli.ernet.474268/474268-Commodities And Capabilities.pdf](https://ia801701.us.archive.org/5/items/dli.ernet.474268/474268-Commodities%20And%20Capabilities.pdf)
- Vega-Romero, R. (2001). Justicia Sanitaria como igualdad: ¿Universalismo o pluralismo? In Luz S. Álvarez C. (Ed.), *Pensamiento en Salud Pública, el derecho a la salud* (pp. 57–58). Universidad de Antioquia.
- Victoria, C. G., Wagstaff, A., Schellenberg-Armstrong, J., Gwatkin, D., Claeson, M., & Habicht, J.-P. (2003). Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *The Lancet*, 362, 233–41.
http://cdrwww.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/lancet_child_survival_equity_lens.pdf
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity in health. *Int J Health Serv*, 22, 429–445.