

UNIVERSALIDAD DEL DERECHO A LA SALUD E IGUALDAD MATERIAL: DESIGUALDADES ECONÓMICAS Y SOCIALES Y DESIGUALDADES EN SALUD*

Universality of the right to health and material equality: economic and social inequalities and inequalities in health

María Dalli Almiñana**

RESUMEN: En este trabajo se defenderá la universalidad del derecho a la salud, frente a las posturas que niegan que los derechos sociales sean universales y que siguen presentes tanto en posiciones doctrinales como en la articulación jurídica actual del derecho a la salud. Se hará referencia a la idea de la beneficencia, en relación con la 'asequibilidad', y a la exigencia de *status* administrativos para el disfrute de los derechos, en conexión con la normativa española vigente sobre el acceso al Sistema Nacional de Salud. Más allá de la titularidad universal, la universalidad en relación con la igualdad material resulta contraria a las desigualdades sociales en salud, manifestación de diferencias de oportunidades de salud entre las personas. Igualmente, la desigualdad económica y social entre los sectores de una población se ha analizado como factor perjudicial para los indicadores de salud de las sociedades.

ABSTRACT: *This work will defend the universality of the right to health, against the postures that deny that social rights are universal, and that still remain in doctrinal positions and in the current legal regulation of the right to health. The idea of 'charity' will be referred, in relation to the 'affordability', as well as the administrative status requirement for the enjoyment of the rights, in connection with the Spanish legislation that regulates the access to the National Healthcare System. On the other hand, the universality in relation to the material equality goes against the social inequalities in health, demonstrating differences in health opportunities between people. Likewise, the economic and social inequality between sectors of a population has been analysed as a detrimental factor for the health indicators of societies.*

PALABRAS CLAVE: universalidad, salud, desigualdad, riqueza, redistribución.

KEY WORDS: *universality, health, inequality, wealth, redistribution.*

Fecha de recepción: 10/03/2015

Fecha de aceptación: 12/05/2015

* Trabajo elaborado en el marco del proyecto de investigación 'Acceso a la justicia y garantía de los derechos en tiempos de crisis: de los procedimientos tradicionales a los mecanismos alternativos', referencia DER2013-48284-R, financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

** Personal Investigador en Formación. ('Atracció del Talent', Universidad de Valencia). Instituto de Derechos Humanos de la Universidad de Valencia. maria.a.dalli@uv.es

1.- INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se realizarán algunas consideraciones en relación con el reconocimiento del derecho a la salud de forma universal. En primer lugar, se atenderá a la universalidad de este derecho y se defenderá ésta tanto en el plano de la moralidad, como en cuanto a su formulación jurídica, en relación con la titularidad. La regulación del derecho a la salud se ha de articular de acuerdo con la característica de la universalidad, frente a algunas posiciones que habitualmente se sostienen para rechazar que los derechos sociales deban ser reconocidos a todas las personas. Por ejemplo, la idea de que los derechos sociales sólo deben garantizarse a las personas con pocos medios económicos. De otro lado, las restricciones que se derivan de la exigencia de determinados *status* administrativos de residencia o de nacionalidad para acceder a los derechos. Así, se defenderá el derecho a la salud más allá de la beneficencia y se plantearán algunas cuestiones en relación con la posible insuficiencia del concepto de 'asequibilidad' del derecho. También, se hará referencia al concepto de ciudadanía vinculada al acceso a los derechos sociales, asunto que conecta con la actual regulación en España del derecho a la salud, que pone en cuestión el cumplimiento de las obligaciones estatales de prohibición de la discriminación y de protección de los grupos vulnerables. Por otra parte, el objetivo de la universalidad podría cumplirse con el reconocimiento del derecho a la salud a todas las personas. Ahora bien, que se reconozca el derecho de acuerdo con la titularidad universal no garantiza su disfrute efectivo por todas las personas de un modo suficiente. Si se ahonda en el concepto de universalidad, y sobre todo, si se relaciona éste con la defensa de una igualdad material en el disfrute de los derechos, se detectan desigualdades en salud las cuales será necesario superar. De esta forma, en segundo lugar, se tratarán los determinantes sociales de la salud como factores económicos y sociales que influyen en el estado de la salud y que son manifestación de diferencias de oportunidades de salud entre las personas. En tercer lugar, se prestará atención a la desigualdad económica y social entre los sectores de una población, para poder observar la influencia en los indicadores de salud de las sociedades, en concreto, la esperanza de vida. En este sentido, la disminución de la desigualdad requiere de políticas sociales redistributivas, tanto en la sanidad como en ámbitos diferentes al mismo. Será, pues, la organización de la asistencia sanitaria a través de sistemas de salud universales y financiados a través de mecanismos redistributivos, el marco más adecuado para alcanzar la universalidad jurídica del derecho a la salud y para dar cumplimiento al principio de igualdad material.

2.- TITULARIDAD UNIVERSAL DEL DERECHO A LA SALUD

La universalidad es una característica intrínseca a la definición de derechos humanos, según la cual estos derechos se adscriben a todas las personas. Se defiende, pues, esta universalidad racional con raíces en la concepción del iusnaturalismo racionalista, que alcanza su plenitud con el pensamiento de la Ilustración, y que entiende la universalidad como una exigencia que se asocia al concepto de los derechos humanos, en el plano de la moralidad. En este sentido, se trata, siguiendo la distinción de Peces-Barba¹, de la universalidad del punto de partida. De acuerdo con Laporta², y en la línea de esta descontextualización en la que se sitúa esta universalidad moral o racional, la universalidad 'implica por sí misma el hacer caso omiso de instituciones y roles para poder adscribir los derechos morales a todos al margen de su circunstancia vivencial o contextual'. Desde este punto de vista, se habla, pues, de una universalidad moral³. Ahora bien, para que estos derechos universales se hagan efectivos se han de incorporar a un plano jurídico-positivo y han de venir acompañados de garantías, para aproximarse así a una universalidad jurídica. La forma en que los ordenamientos jurídicos suelen configurar la titularidad de los derechos humanos se aleja de la universalidad. Se aprecian diferencias en la adscripción de la titularidad según condiciones diversas, como la exigencia de *status* administrativos, en relación con la actual regulación del derecho a la salud en España. Por su parte, Ferrajoli⁴ parte de una definición formal de 'derechos fundamentales', caracterizada por una universalidad relativa, como 'todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos en cuanto dotados del *status* de personas, de ciudadanos o personas con capacidad de obrar'. Los derechos humanos serían una de las categorías en las que se clasificarían los derechos fundamentales, y que sí se atribuirían indistintamente a todas las personas. Ahora bien, según esta clasificación del autor, la categoría de derechos humanos únicamente incluiría algunos derechos, entre ellos, el derecho a la salud.

¹ PECES-BARBA, G., 'La universalidad de los derechos humanos', *Doxa*, núm. 15-16, 1994, 613-633, p. 629.

² LAPORTA, F., 'Sobre el concepto de derechos humanos', *Doxa*, núm. 4, 1987, 23-46, p. 33.

³ Sobre la distinción entre universalidad moral y universalidad jurídica y los sentidos de la universalidad, véase ANSUÁTEGUI, F. J., 'La cuestión de la universalidad de los derechos: de las intuiciones a los problemas', en PECES-BARBA, G., y otros, *Historia de los derechos fundamentales, Tomo IV: Siglo XX, Vol. IV*, Dykinson, Madrid, 2013, 73-122, p. 90.

⁴ La supresión o la reducción de estos *status* se vincula por parte del autor a la igualdad más que a la universalidad, la cual no sería en este sentido absoluta FERRAJOLI, L., *Derechos y garantías. La ley del más débil*, Trotta, Madrid, 1999, p. 37-40.

En relación con los derechos sociales, como el derecho a la salud, en tanto que derechos humanos, la universalidad es, asimismo, un punto de partida en el plano de la moralidad, pues se trata de derechos imprescindibles para vivir, para hacerlo dignamente, con autonomía y libertad. Toma importancia aquí la relevancia de las necesidades e intereses que se tutelan mediante el reconocimiento de estos derechos. Se trata de la teoría de las necesidades, a partir de la cual puede construirse una teoría de fundamentación de los derechos. Así, las necesidades, en referencia a aquellas situaciones cuya no satisfacción causa un perjuicio o un daño grave a un sujeto o grupo social, comportan buenas o suficientes razones para exigir su satisfacción⁵. Por ejemplo, la atención sanitaria puede entenderse como una necesidad humana básica, y por tanto, universalizable, en tanto en cuanto una enfermedad puede permanecer o agravarse a menos que sea prevenida o curada, no habiendo forma alternativa de suplir la carencia, esto es, de curar la enfermedad, que no sea tratándola médicamente. En esta línea, Doyal y Gough⁶ entienden la salud, si bien en referencia únicamente a la salud física, y la autonomía, como una necesidad humana básica universal, con independencia del contexto y lugar. Sólo si tenemos acceso a una alimentación adecuada, a la asistencia sanitaria, o a una educación garantizada, se puede vivir con autonomía personal y con libertad real. Esta realidad, predicable por igual a cualquier ser humano, fundamenta la universalidad de los derechos sociales, entendida en un sentido material, y exige un reconocimiento de los mismos adecuado a este rasgo, de forma que se de coherencia y eficacia a la naturaleza de estos derechos.

Ahora bien, la universalidad de los derechos sociales no es generalmente asumida, negándose a veces la universalidad como rasgo del propio concepto y significado de los derechos sociales, incluso, poniéndose en duda que estos derechos planteen exigencias morales de tal valor que merezcan ser protegidas en forma de derechos. Sin embargo, difícilmente se puede negar que los derechos sociales sean derechos necesarios para vivir dignamente. De otro lado, aún asumiendo la configuración como derechos, lo cierto es que a menudo se discute que los derechos sociales deban ser de titularidad universal. En este sentido, se alegan algunos argumentos que intentan justificar una supuesta imposibilidad de un

⁵ AÑÓN, M. J., *Necesidades y derechos. Un ensayo de fundamentación*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1994, p. 283.

Sobre las necesidades como razones justificativas para la exigencia de derechos que se dirigen a su satisfacción, véase también, DE LUCAS, J., AÑÓN, M. J., 'Necesidades, razones, derechos', *Doxa*, núm. 7, 1990, 55-81, p. 58.

Sobre la anteposición de las necesidades a los criterios de 'deseos' o 'preferencias', fundamentada en el principio de la autonomía personal, NINO, C. S., 'Autonomía y necesidades básicas', *Doxa.*, núm. 7, 1990, 21-34.

⁶ DOYAL, L., GOUGH, I., *Teoría de las necesidades humanas*, Icaria, Barcelona, 1994, p. 86.

reconocimiento universal, o bien, se entienden los derechos sociales como derechos de grupo, de forma que se sostiene que estos derechos no serían predicables para todas las personas.

Por ejemplo, la concreción de los titulares en determinados colectivos que pudiera derivarse de un proceso de especificación⁷, no sería coherente con la naturaleza de estos derechos, si previamente a la finalidad de reforzar la accesibilidad para determinados grupos vulnerables no ha tenido lugar un reconocimiento de la titularidad universal. Los derechos de los trabajadores (como el derecho a unas condiciones laborales dignas), los derechos del niño y otros derechos de grupo satisfacen el requisito de la universalidad cuando sólo sus titulares se encuentran en la posición de poder disfrutar de los mismos. Los derechos sociales como la educación, la salud, la alimentación o la vivienda, en cambio, encuentran más dificultades para ser configurados como derechos de grupo pues la finalidad de los mismos es cubrir unas condiciones mínimas de subsistencia que son universales. En resumen, siendo universales las necesidades y los intereses que se tutelan a través de los derechos sociales, la definición de un grupo de personas como sujetos titulares de estos derechos será discriminatoria. Será discriminatoria, pues, la titularidad únicamente a las personas con pocos medios económicos, o la titularidad restringida a las personas que residen en un territorio en situación administrativa regular, especialmente cuando el *status* de la regularidad se hace depender de condiciones materiales, como se verá más adelante.

A continuación, se tratarán brevemente, en relación con el derecho a la salud, estos dos argumentos que se encuentran entre aquellos que suelen alegarse para defender que los derechos sociales no deben reconocerse a todas las personas: de un lado, aquél que aboga por un reconocimiento exclusivamente a los ciudadanos con pocos medios económicos; de otro lado, aquél que defiende su reconocimiento únicamente a los ciudadanos nacionales o a los residentes legalmente en un territorio. Se traerán a colación, también, en atención al marco jurídico-positivo del derecho, algunos

⁷ Con este término se hace referencia a un proceso que Bobbio denominó de 'especificación', de evolución histórica de los derechos fundamentales, que consiste en una concreción de los titulares de los derechos a través de la cual se asignan estos a sujetos específicos. En estos casos, el requisito de la universalidad en cuanto a sus titulares viene dado por el hecho de que los titulares lo son todos los individuos que forman parte del grupo definido por el derecho. Así lo ha explicado LEMA, C., en 'Derechos sociales, ¿para quién? Sobre la universalidad de los derechos sociales', *Derechos y Libertades*, núm. 22, Época II, enero 2010, 179-203, p. 184. Especialmente la especificación está pensada para aquellos colectivos en situación de inferioridad, buscando tratar desigualmente a los desiguales. De acuerdo con Peces-Barba los derechos sociales se situarían en el marco de este proceso de especificación, como derechos de grupo. PECES-BARBA, G., 'La universalidad de los derechos humanos', *Doxa*, núm. 15-16, vol. II, 1994, 626-631, p. 626.

elementos desarrollados por el Derecho internacional de los derechos humanos que son relevantes a este respecto. En relación con el primero de los argumentos, el de la beneficencia, se hará referencia al elemento de la asequibilidad del derecho a la salud, detectando posibles insuficiencias para la defensa de la universalidad de los derechos. En relación con la segunda de las problemáticas, se destacará la importancia de la prohibición de discriminación y la protección de grupos vulnerables, como obligaciones mínimas que deben cumplir los Estados.

2.1.- Beneficencia vs. universalidad. Apuntes sobre el concepto de 'asequibilidad'

No son pocos los autores que consideran que los titulares de los derechos sociales no son todas las personas, sino únicamente aquellas que, por tener una capacidad económica insuficiente, no pueden obtener su satisfacción a través del mercado. En esta línea podemos destacar a Peces-Barba⁸, para quien la universalidad no puede considerarse como punto de partida de los derechos económicos, sociales y culturales, considerando que 'los titulares de estos derechos sólo deben ser aquellas personas que necesitan el apoyo, y no quienes no lo necesitan'. Otros autores como Buchanan⁹ rechazan que la salud pueda configurarse como derecho y lo definen como un deber de beneficencia. Este punto de vista parte de una supuesta imposibilidad de mantener la universalidad de los derechos sociales y defiende que, ante la imposibilidad de garantizar estos derechos a todas las personas, lo más justo sería reconocerlos a aquellos individuos que no pueden garantizarse su acceso de forma privada. Desde esta perspectiva, se considera que los derechos sociales son caros, y que ante la escasez de recursos, sería injusto extender los derechos sociales independientemente de las circunstancias socio-económicas. Incluso, llega a entenderse que con ello se estaría potenciando la desigualdad, afirmación que no sólo se sostiene desde corrientes ideológicas propias del pensamiento liberal económico¹⁰.

⁸ PECES-BARBA, G., 'Los derechos económicos, sociales y culturales: su génesis y su concepto', *Derechos y Libertades: revista del Instituto Bartolomé de las Casas*, 1998, p.15-34, p. 32.

⁹ BUCHANAN, A.E., 'A Right to a decent Minimum of Health Care', *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 13-1, 1984, 55-78, p. 68.

¹⁰ En relación con la tesis que afirma que la garantía de los derechos sociales a todas las personas potencia la desigualdad puede mencionarse a PECES-BARBA, según el cual 'el serio error de estos derechos es que sirven para mantener la desigualdad, y actúan, para aquellos beneficiarios que no los necesitan realmente, como los privilegios medievales y potencian la desigualdad. Tratan igualmente a desiguales con consecuencias injustas', en PECES-BARBA, G., 'La universalidad de los derechos humanos', *Doxa*, núm. 15-16, vol. II, 1994, 626-631, p. 631.

La concepción de los derechos sociales como derechos costosos o caros es uno de los argumentos utilizados para defender que estos derechos son sustancialmente distintos de los derechos civiles y políticos¹¹. Sin embargo, desde el momento en que la protección de todos los derechos, sean civiles (por ejemplo, el apartado estatal de defensa, de policía o de administración de justicia¹²), sean sociales, implica costes para el Estado, lo cierto es que defender la protección de unos y no de otros responde más bien a prejuicios ideológicos que a un adecuado análisis de costes de los derechos¹³. Aunque en el caso de la asistencia sanitaria adquiera especial relevancia el contenido prestacional, puede entenderse que todos los derechos incluyen tanto demandas de prestación como demandas de abstención. Así, en un sentido amplio todos ellos incluyen algún contenido prestacional, cuando necesitan de defensa jurídica o de una protección administrativa¹⁴.

Esta forma de entender los derechos sociales resulta contraria a la universalidad de tales derechos que exige una regulación coherente con la naturaleza de los mismos. Implicaría, como ha sostenido Lema¹⁵, que en la satisfacción de los bienes sobre los que recaen los derechos sociales, el mercado tiene un papel principal, y el Estado aparece sólo subsidiariamente. Sin embargo, como señala este autor, los derechos sociales recaen sobre bienes demasiado importantes como para dejar su provisión principal al mercado. Además, atendiendo a uno de los derechos concretos que conforman el derecho a la salud y que ha de garantizarse igualmente a todas las personas, la asistencia sanitaria como prestación social universal, no

¹¹ Entre los autores que ofrecen una revisión crítica de esta postura merece destacarse a AÑÓN y a PISARELLO. Por ejemplo en sus trabajos:

AÑÓN, M. J., 'Derechos sociales: cuestiones de legalidad y de legitimidad', *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, núm. 44, 2010, 15-41

PISARELLO, G., *Los derechos sociales y sus garantías. Elementos para una reconstrucción*, Trotta, 2007.

¹² HIERRO, L., 'Los derechos económicos-sociales y el principio de igualdad en la teoría de los derechos de Robert Alexy', en ALEXY, R., *Derechos sociales y ponderación*, edición a cargo de GARCÍA MANRIQUE, R., Fundación Coloquio Jurídico Europeo, Madrid, 2009, 163-222, p. 189.

¹³ Al respecto destaca la obra de HOLMES, S., y SUNSTEIN, C. R., *The cost of rights. Why liberty depends on taxes*, Norton&Co., Nueva York, 1999.

¹⁴ PRIETO, L., 'Los derechos sociales y el principio de igualdad sustancial', en AÑÓN, M.J. (Ed.), *La universalidad de los derechos sociales: el reto de la inmigración*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2004, 111-170, p. 118. En relación con el contenido prestacional de los derechos, ALEXY distingue entre 'derechos a algo', libertades y competencias, y dentro de los derechos prestacionales o derechos 'a algo', diferencia entre derechos de protección, derecho a organización y procedimiento y el derecho a prestación en sentido estricto. ALEXY, R., *Teoría de los derechos fundamentales*, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 2001, pp. 186 y ss, pp. 419 y ss.

¹⁵ LEMA, C., 'La erosión del derecho a la salud en el Reino de España: el ataque a la universalidad', en BERNÚZ, M. J., CALVO, M., (Ed.), *La eficacia de los derechos sociales*, Tirant lo Blanch, 2014, p. 251.

tiene por qué ser injusta si se financia a través de un mecanismo redistributivo de la riqueza, que disminuya así las desigualdades económicas entre los diversos sectores de la población. Se ha de tener en cuenta, pues, el sistema de prestaciones sociales y la forma en que se financian las mismas¹⁶. En definitiva, los bienes sobre los que recaen los derechos sociales son bienes necesarios para la satisfacción de necesidades vitales, necesidades que son compartidas por todas las personas, independientemente de la capacidad económica. El sufrimiento de necesidades vitales no depende, pues, de la persona situada en un contexto concreto de escasez.

Sin embargo, si se presta atención al reconocimiento jurídico-positivo del derecho a la salud, puede observarse que, si bien en el plano del Derecho internacional de los derechos humanos, en diferentes textos internacionales, los derechos sociales se reconocen como derechos humanos, en el desarrollo de su contenido, y en concreto en la definición del concepto de asequibilidad, es posible apreciar rasgos de beneficencia. Así pues, el Comité DESC de las Naciones Unidas, más que establecer expresamente la obligación de los Estados de ofrecer servicios de salud a toda la población, lo que reconoce de forma expresa es que nadie debe quedar sin atención sanitaria debido a no poder costearla. En este punto podría apreciarse que el concepto de asequibilidad es insuficiente para dar cumplimiento a la universalidad de los derechos sociales. En relación con esta afirmación se hace necesario atender al desarrollo del elemento de la asequibilidad y a la ausencia de una indicación expresa que reconozca claramente la obligación del Estado de garantizar los servicios de salud a todas las personas.

En relación con los elementos del derecho a la salud, el Comité DESC, en su Observación general 14¹⁷, en desarrollo del derecho a la salud, define la disponibilidad, la aceptabilidad, la calidad y la accesibilidad del derecho. La accesibilidad implica que el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos sin discriminación. Pero no sólo se entiende la accesibilidad física, sino, además, la accesibilidad económica, o asequibilidad. En concreto, la accesibilidad económica del derecho a la salud requiere que los servicios de salud, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluyendo los grupos socialmente desfavorecidos, debiéndose basar los pagos en el principio de equidad: 'La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos'¹⁸. Se hace referencia por el

¹⁶ LEMA, C., 'Derechos sociales, ¿para quién? Sobre la universalidad de los derechos sociales', *Derechos y Libertades*, núm. 22, Época II, enero 2010, 179-203, p. 197. También en LEMA, C., *Salud, justicia, derechos. El derecho a la salud como derecho social*, Dykinson, Madrid, 2009, p. 194.

¹⁷ COMITÉ DESC (NNUU), Observación General n.º. 14.

¹⁸ COMITÉ DESC (NNUU), Observación General n.º. 14, párr.12.b.

Comité DESC, pues, a la accesibilidad económica de los servicios de salud. Prestando atención al desarrollo de este elemento, el Comité, a través de las recomendaciones a diferentes Estados parte, ha reiterado que éstos deben financiar un sistema público de cuidados para que los sectores de renta más baja puedan tener acceso a la asistencia sanitaria sin coste alguno¹⁹. Así, si bien no existe un precepto normativo que establezca la obligatoriedad de servicios de asistencia con cargo a fondos públicos, sí que se ha defendido su conveniencia con el fin de permitir el acceso a los sectores más desprotegidos. Igualmente, la prohibición de discriminación exige que los Estados tengan la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes²⁰.

Así pues, si la asequibilidad del derecho a la salud se agota en la garantía de la asistencia sanitaria a todas las personas de renta baja, que no podrían hacerse cargo de la misma a través del mercado, este elemento podría resultar insuficiente. Además, en el sentido de lo comentado anteriormente, el mercado adquiriría un papel principal como proveedor de los bienes sociales a las personas con una capacidad suficiente para costearlos. De otro lado, la *Declaración sobre Progreso Social y Desarrollo* de 1969²¹ sí que establece como uno de los objetivos 'la provisión de servicios de salud gratuitos para toda la población'. Otro pronunciamiento relevante relacionado con la asequibilidad fue el del Comité DESC en relación con la globalización: el establecimiento de tarifas y de sistemas de recuperación de costos en los servicios de salud producen una reducción significativa del acceso a los servicios que son esenciales para el disfrute del derecho²². Pero más allá de estos pronunciamientos, lo cierto es que el Derecho internacional de los derechos humanos es neutral en cuanto a la provisión pública o privada de los bienes sociales²³. Como se ha visto, el Comité DESC define la asequibilidad del derecho a la salud como el acceso de los

¹⁹ Por ejemplo, en sus Recomendaciones a la República de Corea, CRC/C/15/Add197, párr. 48, 49 (a), y a Brasil, E/C.12/BRA/CO/2, párr. 30.

²⁰ COMITÉ DESC (NNUU), Observación General nº. 14, párr. 19.

²¹ ASAMBLEA GENERAL (NNUU), 'Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social', 1969, artículo 19.a).

²² COMITÉ DESC (NNUU), Pronunciamiento sobre globalización y derechos económicos, sociales y culturales, 11/05/98, Párr. 3.

²³ Quizá se haga necesario prestar más atención al artículo 28 de la propia Declaración Universal de los Derechos Humanos: 'Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos'. Este artículo ha sido interpretado por HIERRO de tal modo que vendría a enunciar un derecho moral que tienen todas las personas, cuya satisfacción requiere un orden global nuevo y que sería condición necesaria de la justicia global, de conformidad con la idea de la universalidad en la satisfacción de los derechos humanos. HIERRO, L., 'Justicia Global y Justicia Legal. ¿Tenemos derecho a un mundo justo?', *Doxa*, núm. 32, 2009, 341-374.

servicios de salud, sean públicos o privados, al alcance de todos. Parece que lo que significa la 'asequibilidad' del derecho es, pues, que las personas puedan permitirse el acceso a los servicios sanitarios. Pero, además, más allá de la naturaleza pública o privada del proveedor de los servicios de salud, no se expresa que, en el momento de acceder a las prestaciones, no se haya de condicionar el acceso a un pago inmediato. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sí que parece haber manifestado una preferencia por un pago anticipado a través de la contribución universal a la financiación de los sistemas sanitarios para evitar atribuir el riesgo a las personas individuales. La 58ª Asamblea Mundial de la Salud instaba a los Estados miembros²⁴:

'A que velen por que los sistemas de financiación de la salud prevean un método de pago anticipado de las contribuciones para la atención de salud, con objeto de repartir el riesgo dentro de la población y evitar que las personas incurran en gastos sanitarios desastrosos o caigan en la pobreza por haber requerido atención de salud'

En el plano del reconocimiento jurídico-positivo, en definitiva, si se entiende el derecho a la salud de acuerdo con el principio de progresividad, su cumplimiento exige que una persona no se vea obligada a abonar un pago del que directamente dependa la satisfacción de una necesidad sanitaria determinada, o la mejora del estado de salud. Se trata, pues, de un reconocimiento independientemente de la capacidad económica. Otro tema será que, en relación con la financiación del sistema, necesariamente se haya de tener en cuenta esta capacidad económica. Como se ha sostenido, un sistema sanitario financiado a través de un sistema impositivo de carácter progresivo, daría cumplimiento a las exigencias de justicia y de equidad. Además, este tipo de mecanismo de distribución tiene importantes efectos redistributivos de la riqueza, lo cual conecta con la idea de condicionantes sociales de la salud y con la teoría de que son aquellas sociedades más igualitarias las que tienen mejores resultados en la salud de la población; asunto al que se prestará atención más adelante.

2.2.- Ciudadanía excluyente vs. universalidad. Prohibición de discriminación y protección de grupos vulnerables

Un segundo grupo de argumentos en contra de la universalidad del derecho a la salud son aquellos que defienden que únicamente deben ser titulares de los derechos sociales algunas personas de las que se encuentran en el territorio de un país. La exclusión puede

²⁴ 58ª Asamblea Mundial de la Salud, Resolución 'Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad', WHA58.33, mayo de 2005.

derivar, pues, de un reconocimiento única y exclusivamente a las personas con un determinado *status* administrativo, como la nacionalidad o la residencia legal. En este punto, el problema principal aparece cuando estos *status* dependen a su vez de condiciones materiales como la obtención de rentas o la realización de un trabajo.

En relación con la denominada 'ciudadanía de la salud', ésta trasladada al ámbito de la salud la idea de la 'ciudadanía social' propia de un Estado de bienestar o un Estado social, lo cual implica la participación del Estado en la protección de la salud de la población mediante un sistema público de salud. Como ha señalado Lema²⁵, la garantía del derecho a la salud de modo universal requiere que esta idea venga acompañada de la expansión del gasto público con respecto a los beneficiados y a las prestaciones, es decir, a la dimensión subjetiva y objetiva de la cobertura sanitaria. La extensión de estas vertientes de las prestaciones públicas contribuye a la mejora de los indicadores de salud y, en concreto, sería la extensión de la dimensión subjetiva la que se exigiría de acuerdo con la titularidad universal del derecho a la salud. Por el contrario, la dimensión subjetiva del disfrute de los derechos sociales suele vincularse con las nociones de ciudadanía y de residencia legal. Así, debido a que existen derechos que sólo se reconocen a los ciudadanos de un Estado, mientras que los extranjeros ven sus derechos restringidos, la concepción de ciudadanía que prevalece es excluyente y sus derechos se corresponderían más con la idea de privilegios que con la de derechos humanos por no reconocerse de forma universal. Los *status* de nacionalidad y de residencia legal son excluyentes porque se vinculan con el ejercicio de los derechos, pero especialmente, porque el acceso a tales *status* es restringido de tal modo que impone determinadas condiciones materiales que dejan fuera a una población que no puede cumplirlas aún residiendo de hecho en el territorio nacional.

Por estas razones es necesario luchar por un reconocimiento de los derechos sociales como la atención sanitaria, a todos los residentes estables en el territorio de un país con independencia del *status* administrativo de residencia legal o de nacionalidad. A su vez, es necesario defender una concepción de ciudadanía social e inclusiva. Ello sería más acorde con el concepto de *ciudadanía social* que, acuñado inicialmente por Marshall y seguido por autores como Añón²⁶, se entiende como un *status* conformado por el acceso a los recursos básicos para el ejercicio de derechos y deberes, para poder alcanzar una comunidad formada entre iguales, en la que cada persona sea miembro pleno de la misma, lo cual exige la satisfacción

²⁵ LEMA, C., *Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud. Historia del derecho a la salud en el siglo XX*, Dykinson, Madrid, 2012, p. 42.

²⁶ AÑÓN, M. J., 'Ciudadanía social: La lucha por los derechos sociales', *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*, núm. 6, 2002.

de los derechos sociales para que las necesidades básicas queden satisfechas y, de este modo, los sujetos tengan libertad real para el ejercicio de capacidades y para poder participar plenamente en la vida pública. De acuerdo con Ansuátegui²⁷, 'un concepto de ciudadanía sin derechos sociales constituye un 'concepto-guetto', un lugar de refugio para los privilegiados (aquellos que aún no son vulnerables) que muestra, por tanto, su faz más descarnadamente desigualitaria y discriminatoria'. Además, se trata, también, de una ciudadanía inclusiva, en vez de una ciudadanía excluyente como es la ciudadanía laboral, vinculada al trabajo y con la idea de que los derechos sociales son derechos de los trabajadores. Como ha señalado Pisarello²⁸:

'De lo que se trataría, así, es de pasar del reconocimiento de derechos ciudadanos al reconocimiento de derechos de las personas, o si se prefiere, del reconocimiento selectivo de derechos para ciudadanos-nacionales, para trabajadores formales o para residentes económicamente solventes, a un modelo en el que los derechos se atribuyan por igual a todas las personas que habitan en una comunidad política, esto es, que guardan un vínculo más o menos estable con la misma, sin discriminaciones ni exclusiones arbitrarias'.

Un ejemplo de la introducción de limitaciones en el derecho a la salud que afectan a la población en situación irregular ha venido dado, en España, por el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril²⁹. Con anterioridad, en España este derecho se había ido configurando progresivamente por el legislador de un modo más acorde con la titularidad universal. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, declaró que eran titulares del derecho todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tuvieran establecida su residencia en el territorio nacional, y los extranjeros no residentes en España en la forma que las leyes y los convenios internacionales establezcan³⁰. Posteriormente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud³¹, reguló el acceso a la asistencia sanitaria a los extranjeros, a los nacionales de los Estados de la Unión Europea y a los que tenían derechos reconocidos por las

²⁷ ANSUÁTEGUI, J., 'Los derechos sociales en tiempos de crisis. Algunas cuestiones sobre su fundamentación', en BERNUZ, M. J., CALVO, M., (Ed.), *La eficacia de los derechos sociales*, Tirant lo Blanch, 2014, 23-42, p. 38.

²⁸ PISARELLO, G., 'Los derechos sociales y sus 'enemigos': elementos para una reconstrucción garantista', *Defender y repensar los derechos sociales en tiempo de crisis*, VALIÑO, V. (Coord.), Barcelona, Observatori DESC, 2009, 13-22, p. 21.

²⁹ 'Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones', *Boletín Oficial del Estado*, 24 de abril de 2012, núm. 98.

³⁰ 'Ley Orgánica 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad', *Boletín Oficial del Estado*, 29 de abril de 1986, núm. 102, artículo 1.2 y 3.

³¹ 'Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud', *Boletín Oficial del Estado*, 29 de mayo de 2003, núm. 128, artículo 3.

leyes, los tratados y los convenios internacionales. Se remitía a su vez a la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social³², que reconocía igual derecho de asistencia sanitaria a los nacionales y a los extranjeros que estuviesen empadronados. Sin embargo, en la actualidad, el Real Decreto-ley 16/2012 y su posterior desarrollo por el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto³³, han reformado esta Ley introduciendo un nuevo sistema que reduce el reconocimiento de la asistencia sanitaria pública a los 'asegurados' y a los 'beneficiarios de un asegurado'. En resumen, la condición de asegurado se hace depender de un vínculo con la Seguridad Social³⁴, mientras que la condición de beneficiario depende de un determinado vínculo familiar o de dependencia con el asegurado³⁵. Además, también se consideran 'asegurados' aquellas personas de nacionalidad española, de un Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza, inscritos en el Registro Central de Extranjeros, o nacionales de terceros Estados con autorización de residencia, que acrediten no superar un límite de ingresos fijado en cien mil euros en cómputo anual³⁶.

³² 'Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social', *Boletín Oficial del Estado*, 12 de enero de 2000, núm. 10, artículo 12.

³³ 'Real Decreto 1192/2012 de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud', *Boletín Oficial del Estado*, 4 de agosto de 2012, núm. 186.

³⁴ Según el artículo 1 del 'Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril...', se considera asegurado el que cumpla alguna de las siguientes circunstancias:

- 1.º Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.
- 2.º Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.
- 3.º Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, como la prestación y el subsidio por desempleo u otras de similar naturaleza.
- 4.º Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y encontrarse en situación de desempleo, figurando inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, sin poder acreditar la condición de asegurado por cualquier otro título. Este supuesto no será de aplicación a los extranjeros no autorizados ni registrados como residentes en España.

³⁵ Esta condición de 'beneficiario' se ostenta, siempre que se resida en España, por quien respecto del asegurado sea: 1) el cónyuge o pareja de hecho; 2) el ex cónyuge a cargo del asegurado; 3) los descendientes y personas asimiladas (menores sujetos a tutela o acogimiento legal) a cargo del asegurado o del cónyuge o ex cónyuge a cargo del asegurado, que sean menores de veintiséis años; 4) los descendientes y personas asimiladas a cargo del asegurado o de su cónyuge o ex cónyuge a cargo del mismo, que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%; y 5) las hermanas y los hermanos de la persona asegurada. 'Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril...', artículo 1.

³⁶ 'Real Decreto-ley 1192/2012 de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud', *Boletín Oficial del Estado*, 4 de agosto de 2012, núm. 186, artículo 2.1.b).

De esta forma, la norma excluye a determinados colectivos que no tienen un vínculo con la Seguridad Social. Los colectivos más afectados por la norma finalmente resultan ser la población inmigrante en situación irregular en España, así como los ciudadanos comunitarios no registrados. Ello es así porque, en primer lugar, la exigencia del vínculo con la Seguridad Social automáticamente deja fuera a estas personas que no han conseguido la autorización para residir, entre otras razones por no tener un empleo. En segundo lugar, además, no se les reconoce la posibilidad de ser atendidos cuando no superen el límite de los cien mil euros anuales. Posteriormente, la Ley 22/2013 introdujo una nueva reforma regresiva al aprobarse que las personas desempleadas sin derecho a prestación ni subsidio de desempleo pierdan el reconocimiento de la asistencia a través del SNS en el caso de estar fuera del territorio español durante tres meses³⁷.

Estas restricciones a la titularidad del derecho a la salud, en primer lugar, resultan contrarias a la universalidad del derecho. Además, como señala Lema³⁸, la norma introduce la idea de la beneficencia, al exigir a determinadas personas no aseguradas que acrediten no obtener unos determinados ingresos para poder beneficiarse de la asistencia sanitaria. Por otra parte, si se atiende a las obligaciones de los Estados desde el plano internacional de los derechos humanos, en este caso, sí que hay argumentos para sostener que, tal y como ha sido desarrollado el derecho a la salud, las restricciones a la universalidad derivadas de la exigencia de determinados *status* administrativos, que derivan en dejar fuera del reconocimiento a personas y colectivos con pocos medios económicos, no están permitidas. Tales restricciones, así pues, pueden suponer incumplimientos de obligaciones estatales básicas que son transversales a todos los derechos humanos, como la prohibición de discriminación y la protección de colectivos en situación de vulnerabilidad. Estas obligaciones, además, resultan vinculantes aún en situaciones de limitación de recursos, en época de crisis económica. Las instituciones públicas, en definitiva, no pueden

³⁷ 'Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014', *Boletín Oficial del Estado*, 26 de diciembre de 2014, núm. 309.

Más información sobre la regulación del derecho a la salud y el análisis de las actuales reformas puede encontrarse en SOLANES, A., 'La salud como derecho en España: Reformas en un contexto de crisis económica', *Derechos y Libertades*, núm. 31, junio 2014, pp. 127-162. Asimismo, MORA, A., 'El derecho a la salud de las personas inmigrantes y su nueva regulación en el Estado español', en DE LUCAS, J., AÑÓN, M. J. (Ed.), *Integración y derechos. A la búsqueda de indicadores*, Icaria, Barcelona, 2013, pp. 67-102.

³⁸ LEMA, C., 'La erosión del derecho a la salud en el Reino de España: el ataque a la universalidad', en BERNÚZ, M. J., CALVO, M., (Ed.), *La eficacia de los derechos sociales*, Tirant lo Blanch, 2014, p. 243.

estar autorizadas para discriminar entre personas hasta el punto de que ello les signifique la posibilidad de vivir o morir³⁹.

Así pues, de acuerdo con el Comité DESC de Naciones Unidas, existen unas obligaciones mínimas que los Estados no pueden dejar de cumplir, de forma que cualesquiera medidas regresivas incompatibles con las obligaciones básicas constituirían una violación del Pacto, pues no se puede en ningún caso justificar su incumplimiento, siendo, pues, inderogables⁴⁰. En relación con el derecho a la salud, destaca, entre otras, la obligación de garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados⁴¹. También, la de velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud. Podemos comprobar, pues, como una obligación mínima de principal importancia es la de no discriminación. En relación con la población

³⁹ HARRIS, J., 'QALYfying the value of life', *Journal of medical ethics*, 1987, vol. 13, núm. 3, 117-123, p. 121: '*a society, through its public institutions, is not entitled to discriminate between individuals in ways that mean life or death for them on grounds which count the lives or fundamental interests of some as worth less than those of others*'.

⁴⁰ COMITÉ DESC (NNUU), Observación General nº. 14, párrs. 47 y 48.

⁴¹ COMITÉ DESC (NNUU), Observación General nº. 14, párr. 43. También, párr. 18 y 19:

'18) En virtud de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 2 y en el artículo 3, el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud. El Comité señala que se pueden aplicar muchas medidas, como las relacionadas con la mayoría de las estrategias y los programas destinados a eliminar la discriminación relacionada con la salud, con consecuencias financieras mínimas merced a la promulgación, modificación o revocación de leyes o a la difusión de información. El Comité recuerda el párrafo 12 de la observación general Nº 3 en el que se afirma que incluso en situaciones de limitaciones graves de recursos es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la aprobación de programas especiales de relativo bajo costo.

19) En cuanto al derecho a la salud, es preciso hacer hincapié en la igualdad de acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud. Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud. Una asignación inadecuada de recursos para la salud puede dar lugar a una discriminación que tal vez no sea manifiesta. Por ejemplo, las inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de una parte mayor de la población.'

inmigrante en situación irregular, el Comité ha señalado expresamente la obligación de respetar su derecho a la salud⁴²:

En particular, los Estados tienen la obligación de *respetar* el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer.

Esta prohibición de discriminación tiene una importancia transversal a todos los derechos humanos, configurándose como una obligación básica mínima e inmediata según el artículo 2.2 del PIDESC⁴³. Igualmente, se establece en los Principios de Limburgo que: 'Algunas obligaciones del Pacto requieren su aplicación inmediata y completa por parte de los Estados Partes, tales como la prohibición de discriminación enunciada en el artículo 2.2 del Pacto'. Asimismo 'la discriminación de facto que resulte del goce desigual de los derechos económicos, sociales y culturales motivado por la falta de recursos legales, o por otra razón, debería cesar lo antes posible⁴⁴. Como consecuencia del incumplimiento, tal y como se ha establecido en las Directrices de Maastricht sobre Violaciones a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 'el Estado responsable habrá de establecer mecanismos para reprimir estas violaciones, por ejemplo, mediante actividades de vigilancia, investigación y procesamiento y con el resarcimiento de las víctimas'⁴⁵.

En esta línea, otra de las obligaciones con importancia reforzada es la de proteger a los grupos vulnerables, que se ha de mantener aún en situaciones de recesión económica como la actual. De acuerdo con el Comité DESC, 'aun en tiempos de limitaciones graves de recursos, se puede y se debe en realidad proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la adopción de programas de relativo bajo costo'⁴⁶. Es relevante, pues, la obligación de los Estados de dar cumplimiento al desarrollo de los derechos

⁴² COMITÉ DESC (NNUU), Observación General n.º 14, párr. 34.

⁴³ Sobre la obligación de no discriminación y los diferentes tipos de discriminación (directa, indirecta y estructural o sistémica) puede leerse a AÑÓN, M. J., 'Derechos humanos y obligaciones positivas', en BERNUZ, M. J., CALVO, M., (Ed.), *La eficacia de los derechos sociales*, Tirant lo Blanch, 2014, pp. 43-71, p. 63. También AÑÓN, M. J., 'Grupos sociales vulnerables y derechos humanos. Una perspectiva desde el derecho antidiscriminatorio', en ANSUÁTEGUI, F., DE ASÍS, R., FERNÁNDEZ, E., FERNÁNDEZ, C., PECES-BARBA, G., (Dir.), *Historia de los derechos fundamentales, Tomo IV, s. XX, Vol. V, Libro II*, Dykinson, Madrid, 2014.

⁴⁴ *Principios de Limburgo relativos a la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, Maastricht, 1986 (22 y 38).

⁴⁵ *Directrices de Maastricht sobre Violaciones a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, Maastricht, 1997 (16).

⁴⁶ COMITÉ DESC (NNUU), Observación General n.º 3, párr. 12.

humanos aún en tiempos de crisis económica. Precisamente el Consejo de Derechos Humanos en 2009 exhortó a los Estados a 'que tengan presente que las crisis económicas y financieras mundiales no disminuyen la responsabilidad de las autoridades nacionales y la comunidad internacional en la realización de los derechos humanos'⁴⁷. Así, es durante los periodos de austeridad económica cuando la protección de muchos derechos se encuentra amenazada, siendo que los principios de derechos humanos deberían guiar cualquier estrategia de recuperación económica⁴⁸. Esto ha sido puesto de manifiesto, entre otros, por el Relator Especial de la ONU sobre Pobreza Extrema y Derechos Humanos⁴⁹, según el cual existen diversas opciones para expandir el espacio fiscal de forma equitativa y sin incurrir en discriminación, aun en el contexto de crisis económica global. Entre las opciones podemos mencionar la mejora de la eficiencia en la recaudación de impuestos, una mayor progresividad en el régimen impositivo, la reestructuración de la deuda y la adopción de un marco macroeconómico más equitativo⁵⁰.

En definitiva, dos de las principales objeciones a la titularidad universal del derecho a la salud provienen, pues, de concepciones de los derechos sociales que restringen la titularidad de los mismos en función de la capacidad económica o de la situación administrativa en un territorio. En el desarrollo internacional de los derechos humanos, estos argumentos se rechazan de una forma más o menos expresa, con mayor o menor adecuación a la efectiva universalidad.

Otra de las objeciones al reconocimiento de la salud como derecho es considerar que las enfermedades se explican en términos de azar natural o que se deben a conductas individuales irresponsables, sosteniendo que la salud dependerá de la responsabilidad individual de cada uno y que no se ha de articular una protección institucional. Más allá de resultar obvio que no todas las enfermedades son fruto del azar o de irresponsabilidades, tal argumento se puede rebatir también con la propia existencia de determinantes sociales de la salud. En este punto, la noción de condicionantes sociales de la salud que se trata a continuación refuerza la configuración jurídica del derecho de la salud como un derecho de titularidad universal.

⁴⁷ CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS (NNUU), 'Efectos de las crisis económicas y financieras mundiales en la realización universal y el goce efectivo de los derechos humanos', Resolución S-10/1 de la 10ª sesión especial, 20 de febrero de 2009.

⁴⁸ 'Informe Conjunto al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales', con motivo del examen del 5º Informe Periódico de España, 48º período de sesiones, mayo 2012, p. 5.

⁴⁹ (NNUU) SEPÚLVEDA, M., *Report of the Independent Expert on the question of human rights and extreme pover*, A/HRC/17/34, 17th Sesión del Consejo de Derechos Humanos, 17 de marzo de 2011.

⁵⁰ 'Informe Conjunto al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales', p. 7.

3.- INEQUIDADES EN EL DISFRUTE DEL DERECHO: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Los determinantes sociales de la salud hacen referencia a causas socioeconómicas que influyen en la salud, como la alimentación, el acceso a agua potable, la vivienda, el abrigo o el trabajo. Estas causas derivan en desigualdades en la salud de las poblaciones e influyen en los indicadores de mortalidad y de morbilidad y de la esperanza de vida de las sociedades. Los determinantes sociales de la salud pueden entenderse como *las causas de las causas* de la enfermedad. Por ejemplo, una mala dieta puede ser un factor determinante de sufrir colesterol, pero la falta de recursos económicos para acceder a una alimentación adecuada puede constituir *la causa de la causa* de esta enfermedad⁵¹. Así, se trata de factores de comportamiento, psicosociales y materiales que influyen en la salud, y que están relacionados con las condiciones sociales y económicas con las que los seres humanos convivimos. A continuación se atenderá, en primer lugar, al progresivo reconocimiento de la influencia que estos factores tienen sobre el estado de salud de las personas, pudiendo observar de qué causas o determinantes sociales estamos hablando. En segundo lugar, se reflexionará sobre las diferencias de salud entre las personas que son consecuencia de estos determinantes sociales, y sus implicaciones en relación con el principio de igualdad de oportunidades.

3.1.- El reconocimiento de los determinantes sociales de la salud

En el año 1974, el gobierno británico encargó a una comisión presidida por Douglas Black un estudio sobre la evolución de las desigualdades sociales en salud. Este encargo dio lugar a la publicación en Gran Bretaña del *Black Report*⁵², a principios de los años 80, constituyendo una referencia para el tratamiento de la problemática en torno a los determinantes sociales de la salud. El informe proporcionó datos tales como que la mortalidad de la clase social más desventajada es 2'5 veces superior a la que posee mejores condiciones. Posteriormente, tuvo lugar la publicación de otro informe, *The Health Divide*⁵³, de la mano de Whitehead, que

⁵¹ MARMOT, M., WILKINSON, R. G., *Social determinants of health*, Oxford University Press, 2ª edición, Nueva York, 2006, p. 2.

⁵² TOWNSEND, P., DAVIDSON, N., *Inequalities in health: the Black Report*, Penguin Books, Gran Bretaña, 1982, p. 51.

⁵³ WHITEHEAD, M., 'The health divide: Inequalities in Health in the 1980's', *The*

confirmaba las desigualdades: las clases más desventajadas consultan al médico un mayor número de veces, pero utilizan menos los servicios preventivos. Igualmente se observan desigualdades regionales muy claras entre el Norte y el Sur.

Por su parte, a mediados de los años 80, la oficina europea de la OMS estableció como uno de los objetivos prioritarios la reducción de las desigualdades sociales en salud en los países de la región europea. Más tarde, en el año 2005, se creó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, cuya misión fue la elaboración de un informe que analizara de forma exhaustiva la influencia de factores sociales en la enfermedad y en las desigualdades en salud. Dicho informe, que concluyó en el año 2008, centró la atención en los siguientes temas: el desarrollo de la primera infancia, las condiciones de trabajo, los entornos urbanos, la exclusión social, las mujeres y la equidad de género, la globalización, los sistemas sanitarios, las afecciones prioritarias para la salud pública y los proyectos para medir la equidad sanitaria y recabar datos científicos. Sin embargo, otros factores tales como los alimentos y la alimentación, los factores rurales, la violencia y la delincuencia, y el cambio climático, también se consideran importantes para la equidad sanitaria⁵⁴. Asimismo, en la 62ª Asamblea Mundial de la Salud en 2009 se fijó el objetivo de reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud⁵⁵.

En esta línea de conexión con las desigualdades sociales en salud, no es de extrañar que la ONU, en el desarrollo de los indicadores ilustrativos sobre el derecho a la salud⁵⁶, haya incluido factores relacionados con el entorno natural y ocupacional como: la proporción de la población destinataria a la que se amplió el acceso a una fuente mejorada de agua potable, así como a un saneamiento mejorado, destacando también la relevancia de la proporción de la población u hogares que viven o trabajan en o cerca de condiciones peligrosas que han sido rehabilitados. Es interesante observar cómo estos factores se incluyen como indicadores en la investigación que se está desarrollando en torno a los mismos, como instrumentos de medición del disfrute de los derechos humanos y del grado de cumplimiento por los Estados.

En España, en 1994 se creó una Comisión encargada de estudiar las desigualdades sociales en salud en este país, llevando a cabo así un estudio semejante al que se realizó por la Comisión Black

Health Education Council, Londres, 1987, p. 47.

⁵⁴ OMS, *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, 2008, p. 43.

⁵⁵ 62ª Asamblea Mundial de la Salud, 22 de mayo de 2009.

⁵⁶ NACIONES UNIDAS, Oficina del Alto Comisionado (ACNUDH), 'Indicadores de Derechos Humanos. Guía para la medición y aplicación', HR/PUB/12/5, Nueva York y Ginebra, 2012 p. 99.

en Gran Bretaña⁵⁷. La Comisión publicó su resultado en un informe en 1996 en el que se señalaban las desigualdades en salud de la población española⁵⁸. Más tarde, en noviembre de 2008, a petición de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad y Política Social, se constituyó la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. La Comisión, en un informe de 2010⁵⁹, propuso un marco conceptual para distinguir entre factores estructurales y factores intermedios de las desigualdades en salud. Podemos observar el paralelismo entre la investigación en este campo y la que desarrolla los indicadores de derechos humanos, indicadores que suelen clasificarse como estructurales, de proceso y de resultado. De nuevo, en el informe de la Comisión, se pone de manifiesto cómo la posición socioeconómica juega un papel fundamental en las inequidades en salud. Entre las ciudades españolas más ricas como Madrid o Navarra, y las más pobres, como Andalucía, existe una diferencia en la esperanza de vida de su población de más de 3 años, diferencia que se acentúa al comparar barrios de la misma ciudad⁶⁰. El objetivo de la Comisión fue el planteamiento de propuestas para reducir las desigualdades sociales en salud existentes en nuestro país. De este modo, se centró la atención en la distribución del poder, la riqueza y los recursos; las condiciones de vida y de trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital; los entornos favorecedores de la salud; los servicios sanitarios; por último, la información, la vigilancia, la investigación y la docencia. De otro lado, existen estudios que analizan los determinantes sociales de la salud en Comunidades Autónomas como Cataluña, el País Vasco, o Andalucía.⁶¹

A nivel legislativo en España se reconoce por primera vez la existencia de determinantes sociales de la salud en la Ley General de Salud Pública de 2011⁶². En su artículo 19.2.a), se insta a las

⁵⁷ NAVARRO, V., 'El derecho a la protección de la salud', *Derechos y Libertades*, núm. 6, 1998, pp. 137-160, p. 138.

⁵⁸ NAVARRO, V., BENACH, J., 'Desigualdades sociales en salud en España. Informe de la Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España', *Revista Española de Salud Pública*, 1996, vol. 70, núm. 5-6, pp. 505-636.

⁵⁹ Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales de Salud en España, *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*, mayo de 2010, p. 6.

⁶⁰ *Avanzando hacia la equidad*, p. 9.

⁶¹ Algunos de estos estudios son: BORRELL, C., BENACH, J., (Coords.), *Les desigualtats en la salut a Catalunya*, Barcelona: Editorial Mediterrania, 2003.

BORRELL, C., BENACH, J., (Coords.), *L'evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*, Editorial Mediterrania, Barcelona, 2005.

BACIGALUPE DE LA HERA, A., MARTÍN RONCERO, U., *Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco*, Ararteko, Vitoria-Gasteiz, 2007.

ESCOLAR, A., (Ed.), *Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía*. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía, Cádiz, 2008.

⁶² 'Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública', *Boletín Oficial del*

Administraciones Públicas a dirigir las acciones y políticas preventivas sobre los determinantes sociales de la salud, definiendo estos como 'los factores sociales, económicos, laborales, culturales, alimentarios, biológicos y ambientales que influyen en la salud de las personas'. Es por ello, pues, que la mejora de la salud de los individuos requerirá políticas que estén encaminadas a atender estos determinantes, siendo necesario que las políticas institucionales engloben todos los factores sociales que influyen en la salud, y no únicamente la atención sanitaria⁶³.

Así pues, en el disfrute efectivo del derecho a la salud, cobran importancia los factores sociales que influyen en la misma como la alimentación, la vivienda, el agua, la seguridad, el vestido, etc. Más allá de que el derecho a la salud se deba reconocer como un derecho de titularidad universal a todas las personas que se encuentren de forma más o menos estable en un país, sin depender de la capacidad económica ni de condiciones materiales o *status* administrativos, el principio de igualdad material exige atender a estos determinantes sociales. Por ejemplo, en cuanto al factor laboral, se afirma que 'frente a quien tiene un empleo, quien no lo tiene presenta el doble de posibilidades de tener una salud regular o mala; su riesgo de sufrir una enfermedad crónica es un 67% mayor, y corre un riesgo doble de sufrir una limitación de la actividad diaria por un problema de salud⁶⁴. Esta realidad y la fuerte influencia del factor laboral en la salud, por otra parte, nos lleva a la cuestión de la necesidad de obtención de una renta para la satisfacción de las necesidades y a la conveniencia de que esta renta no haya de depender de la institución del trabajo (pues exige contar con necesidades laborales y oferta de empleo y, siendo ello no siempre posible, se haría necesaria la obtención de rentas con independencia del trabajo, bien concebidas como protección al desempleo sin depender de la previa cotización o de la previa situación de empleo, bien concebidas como renta básica o mínima universal).

3.2.- Igualdad de oportunidades e inequidades en salud

Mientras no se atiende a los determinantes sociales de la salud, los factores sociales seguirán derivando en desigualdades e inequidades en salud y con ello en diferencias en el disfrute del

Estado, 5 de octubre de 2011, núm. 240, pp. 104593-104626.

⁶³ BENACH, J., MUNTANER, C., TARAFÀ, G., VALVERDE, C., *La sanidad está en venta, y también nuestra salud*, Icaria, Barcelona, 2012, p. 39. También, BENACH, J., MUNTANER, C., *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*, El viejo Topo, Barcelona.

⁶⁴ MORENO, F. J. y BRUQUETAS, M., 'Inmigración y Estado de Bienestar en España', *Colección de Estudios Sociales*, núm. 31, Obra Social 'la Caixa', Barcelona, 2011, p.100.

derecho entre las personas. Las inequidades en salud se padecen de forma injusta, pues sitúan a los seres humanos en posiciones de partida diferentes. No tiene la misma posibilidad para alcanzar un buen estado de salud, quien convive con unas condiciones materiales dignas que quien, en cambio, sobrevive en situación de pobreza y necesidad. Ahora bien, esta diferencia en las posiciones de partida derivadas de la desigualdad de condiciones materiales, lo que señala no es una mayor conveniencia de la garantía de los recursos sanitarios sólo a quienes se encuentran en situación de desventaja (beneficencia), sino, más bien, en un sentido conforme a la lógica del derecho a la salud y su reconocimiento universal, que se hace necesario solucionar el problema de los determinantes sociales de la salud. Habrá que identificar cuáles son las causas de las desigualdades de la salud que, en los términos de Whitehead, se consideran inequitativas por ser evitables, innecesarias e injustas⁶⁵. Dado que entre los condicionantes no sólo se aprecian las condiciones mínimas de subsistencia, sino también las desigualdades entre grupos sociales, referentes al entorno social en que viven, además de eliminar la pobreza extrema será necesario realizar continuos movimientos de redistribución de los recursos.

Cabe distinguir, pues, dos cuestiones a este respecto. De un lado, la desigualdad en las posiciones de partida (derivadas de los determinantes sociales), derivan en desiguales *posibilidades* de alcanzar un buen estado de salud. Ello puede implicar un desigual tratamiento de las necesidades determinantes de la salud⁶⁶. Únicamente cuando se tienen cubiertas las condiciones mínimas de subsistencia podría alcanzarse una igualdad material en las posiciones de partida, igualdad material que Añón⁶⁷ ha entendido

⁶⁵ WHITEHEAD, M., 'The concepts and principles of equity and health', *World Health Organization, Regional Office for Europe*, EUR/ICP/RPD 414, Copenhagen, p. 5. A partir de esta clasificación LEMA analiza cuándo una diferencia de salud podría considerarse injusta en LEMA, C., *Salud, justicia, derechos. El derecho a la salud como derecho social*, Dykinson, Madrid, 2009, p. 265.

⁶⁶ Este desigual tratamiento de las necesidades o factores sociales determinantes de la salud podría derivar de la cobertura, por ejemplo, de las necesidades alimentarias, de abrigo o de vivienda digna a las personas y familias que no las tengan satisfechas, a través de rentas específicas como pueden ser las ayudas de protección al desempleo, independientes de una previa cotización o situación de empleo. Si bien tales necesidades, como las sanitarias, son asimismo universales, la alimentación y la vivienda son derechos que, en la actualidad, se encuentran más lejos de ser ofrecidos sin mediar pago directo, al menos en aquellos países que ya cuentan con instituciones sanitarias y educativas capaces de ofrecer una cobertura pública y universal. Ello justificaría, en un principio, el desigual tratamiento de estas necesidades. Ahora bien, un tratamiento igualitario podría venir dado, de otro lado, a través de la renta básica universal. Ello sin olvidar, por otra parte, el factor laboral determinante del estado de salud de los individuos, que exige unas condiciones laborales dignas y la más alta seguridad y salubridad en el empleo; así como la desigualdad determinante de diferencias de salud entre grupos.

⁶⁷ AÑÓN, M. J., *Igualdad, Diferencias y Desigualdades*, Editorial Fontamara, Mexico, 2001, p. 11.

como 'igualdad de probabilidades de los individuos para decidir sobre su propia identidad, para desarrollar su propio plan de vida, para el disfrute real de los derechos fundamentales'.

De otro lado, como segunda cuestión cabe atender a la igualdad de *oportunidades* en un sentido estricto, aplicada en este caso al acceso a los recursos sanitarios. Entonces, más allá de las desigualdades sociales en salud que se encuentran en las posiciones de partida, las oportunidades de acceder a los servicios sanitarios también influyen en las posibilidades que tienen los individuos de tomar decisiones relativas a su estado de salud (en consecuencia, los servicios sanitarios habitualmente se incluyen también como un determinante social de la salud). El principio general de igualdad de oportunidades se puede entender, según lo ha formulado Hierro⁶⁸, como 'la igualdad entre todos los seres humanos en los recursos adecuados para satisfacer las necesidades básicas, de forma que permitan a todos y cada uno desarrollar de forma equiparablemente autónoma y libre su propio plan de vida'. Partiendo de un reconocimiento universal, a todas las personas, de una asistencia sanitaria garantizada, se plantea otra problemática teniendo en cuenta el disfrute del derecho a la salud desde la igualdad de oportunidades y desde la igualdad de oportunidades para el bienestar⁶⁹. Esto es, si se ha de perseguir la desmercantilización completa de los bienes sociales relevantes para la satisfacción de necesidades⁷⁰, en este caso las sanitarias, evitando cuotas desiguales de libertad entre los individuos que, además de la asistencia garantizada tienen los recursos para permitirse otra asistencia a través del mercado, y aquellos individuos que no tienen los recursos económicos suficientes para ello⁷¹. O bien, si desde la perspectiva del

⁶⁸ HIERRO, L., '¿Qué derechos tenemos?', *Doxa*, núm. 23, 2000, 351-375, p. 365.

⁶⁹ ARNESON propone la igualdad de oportunidades para el bienestar, como igualdad entre las personas para disponer de un conjunto equitativo de opciones en relación con la satisfacción de las preferencias, ARNESON, R., 'Equality and Equal Opportunity for Welfare', *Philosophical Studies*, vol. 56, núm. 1, 1989, 77-93.

⁷⁰ En este sentido, GARCÍA MANRIQUE defiende la desmercantilización de derechos sociales como la educación, la asistencia y el trabajo para evitar cuotas desiguales de libertad entre las personas. GARCÍA MANRIQUE, R., *La libertad de todos. Una defensa de los derechos sociales*, El Viejo Topo, Barcelona, 2013.

⁷¹ En esta línea, también, RIBOTTA ha considerado que 'hay que evitar situaciones en las que se viola el principio universal de los derechos humanos y en las cuales acabamos teniendo dualidad de disfrute y de calidad de los derechos sociales, como una educación de excelencia para algunos y una educación barata y mediocre para otros o una salud de excelencia para unos y otra de mala calidad para otros'. RIBOTTA, S., 'Cómo repartir recursos en términos de derechos sociales: ¿igualdad o prioridad?' en RIBOTTA, S., ROSSETTI, A. (Ed.), *Los derechos sociales en el siglo XXI. Un desafío clave para el derecho y la justicia*, Dykinson, 2010, 263-298, p. 292. La autora ha analizado ampliamente cuestiones relacionadas con la igualdad, las desigualdades económicas y la redistribución, desde las teorías de la justicia, por ejemplo en RIBOTTA, S., *Las desigualdades económicas en las teorías de la justicia. Pobreza, redistribución e injusticia social*, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 2010.

cumplimiento de los derechos humanos es suficiente con garantizar las necesidades que permiten a las personas ser autónomas y desenvolverse con libertad real⁷².

Con relación a la igualdad de oportunidades y en conexión con el derecho a la salud, para finalizar, cabe destacar a algunos autores que encuentran el fundamento del derecho en este principio. Entre ellos, Gutmann⁷³, defiende el 'principio de igual acceso a la asistencia sanitaria', según el cual: 'Si alguien tiene la oportunidad de recibir un bien o servicio que satisface una necesidad sanitaria, entonces todo aquel que comparta el mismo tipo y grado de necesidad debe tener la misma oportunidad efectiva de recibir tal bien o servicio'. Este razonamiento lleva a la autora a aceptar la restricción de la actuación del mercado en el ámbito sanitario paralelo a la sanidad pública⁷⁴. Asimismo cabe destacar también a Daniels⁷⁵, que sitúa a las instituciones relativas al cuidado de la salud entre las instituciones encargadas de proporcionar una justa igualdad de oportunidades, pues la protección de la salud contribuiría a mantener las capacidades de los individuos lo más próximo posible al 'funcionamiento normal'. El concepto de funcionamiento se refiere al estado de ser o estar, por ejemplo, estar saludable, bien nutrido, cobijado, educado, y otras actividades o estados que influyen en el bienestar del ser humano⁷⁶.

Este parámetro de normal funcionamiento, que conecta, así pues, con el concepto y significado de los determinantes sociales de la salud, lleva a Daniels a entender las necesidades sanitarias como necesidades básicas, incluyendo también entre estas, la vivienda, la nutrición y el abrigo, además de los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de las enfermedades. Existe, en definitiva, una fuerte interrelación entre la salud y estos otros factores sociales, determinantes sociales de la salud, concepto que no hace sino reforzar la tesis de la indivisibilidad y de la interdependencia entre los derechos humanos.

⁷² LAPORTA entiende el valor de la autonomía personal como una exigencia compleja que equivale a un ideal de la persona humana como agente moral con la capacidad de diseñar y proyectar su propia vida en libertad. Autor que, por otra parte, defiende el mero valor instrumental del principio de igualdad material, considerando que la mera distribución igualitaria de bienes y recursos carece de justificación independiente. LAPORTA, F. J., 'Los derechos sociales y su protección jurídica. Introducción al problema', en BETEGÓN, J., DE PÁRAMO, LAPORTA, F. J., J. R., PRIETO, L. (Coord.), *Constitución y derechos fundamentales*, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 2007, 297-321, p. 307.

⁷³ GUTMANN, A., 'For and against Equal Access to Health Care', *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, vol. 59, núm. 4, 1981, pp. 542-560, p. 543.

⁷⁴ p. 545.

⁷⁵ DANIELS, N., *Just Health Care*, Cambridge University Press, 1985, p. 26.

⁷⁶ VALENCIA, A., 'Salud e igualdad sustantiva: repensando el derecho a la salud', en GRÁNDEZ, P. P. (Ed), *El derecho frente a la pobreza*, Palestra Editores, Lima, 2011, p. 223.

4.- DESIGUALDAD E INDICADORES DE SALUD: LA IMPORTANCIA DE LA REDISTRIBUCIÓN

En conexión con los determinantes sociales de la salud, manifestación de desigualdades de salud entre los individuos, parece interesante incluir una referencia a determinados estudios que destacan la influencia de la desigualdad de las sociedades en los indicadores de salud de las mismas. Desde este punto de vista, no sólo la pobreza sufrida a nivel individual tiene influencias relevantes en la salud, también la desigualdad económica y social entre los sectores de una población se han analizado como factores perjudiciales para los indicadores de salud de las sociedades. Así pues, la privación de condiciones materiales a nivel individual influye en el estado de salud de las personas. Pero, además, ciertas características de las sociedades desiguales como puede ser una mayor proporción de la población pobre o la menor cohesión social tienen efectos negativos en la salud entendida desde una perspectiva global. En este punto cobran importancia los efectos de la distribución equitativa de la renta en la salud de la población. Esta tesis se aplica en particular en las sociedades desarrolladas, en las que el aumento de la esperanza de vida vendría dado, más que por el incremento de la renta per cápita, por la disminución de la pobreza y la financiación de políticas sociales, especialmente servicios de salud.

De esta forma, tanto la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, como la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, en sus informes finales, plantearon, entre los objetivos necesarios para reducir las desigualdades sociales en salud, la distribución del poder, la riqueza y los recursos. Así pues, existen estudios que demuestran cómo, mientras que el desarrollo económico de un país aumenta la esperanza de vida, esta relación se mantendría sólo hasta un umbral. Más allá de este, otros factores como la existencia de desigualdades intrasociales, determinan las diferencias en la esperanza de vida y, en definitiva, las diferencias de salud entre países⁷⁷. Por ejemplo, si bien es cierto que en los países más empobrecidos, se observa una relación considerable entre la renta y la esperanza de vida al nacer; cuando la renta nacional es alta, la relación entre la riqueza nacional y la esperanza de vida al nacer desaparece⁷⁸. Lo mismo sucede con los índices de mortalidad infantil, que caerían rápidamente a medida que los países más empobrecidos mejoran su desarrollo económico, pero cuanto estos

⁷⁷ Un análisis de esta relación puede encontrarse en LEMA, C., *Salud, justicia, derechos. El derecho a la salud como derecho social*, Dykinson, Madrid, 2009, p. 255 y ss. Del mismo autor, *Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud. Historia del derecho a la salud en el siglo XX*, Dykinson, Madrid, 2012, p. 96.

⁷⁸ OMS, *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, 2008, p. 36.

países más se enriquecen, menor sería la disminución de la mortalidad infantil⁷⁹.

En la misma línea pueden destacarse estudios que resaltan cómo, en igualdad de condiciones, los países con mayores desigualdades económicas tienen más desigualdades en los resultados de salud⁸⁰. Por ejemplo, en los países con una distribución de la renta más igualitaria, la esperanza de vida que se aprecia suele ser mayor que en aquellos países más desiguales, en términos generales, teniendo en cuenta un índice de desarrollo humano similar, y a pesar de tener un nivel de renta per cápita más bajo⁸¹. El último Informe sobre Desarrollo Humano elaborado por el PNUD⁸², aporta relevantes datos sobre el índice de desarrollo humano y el índice de esperanza de vida por países. Por ejemplo, se puede observar la gran diferencia existente entre el país con mayor esperanza de vida registrada (Japón, 83,6 años) y el país con menor esperanza de vida (Sierra Leona, 45,6 años). Entre los veintiún países con mayor índice de desarrollo, en Estados Unidos se registra la menor esperanza de vida (78,9 años). Además, el informe analiza estos índices de desarrollo humano y de esperanza de vida ajustados por la desigualdad. En este sentido, va más allá de los logros promedio de un país para observar cómo esos logros se distribuyen entre sus habitantes. En Estados Unidos el índice de desarrollo humano ajustado por la desigualdad bajaría de 0,914 a 0,755. Por ejemplo, Islandia, uno de los países actualmente más igualitarios, a pesar de tener un nivel de renta per cápita más bajo, presenta indicadores favorables como una esperanza de vida en 82,1 años, un índice de desarrollo humano ajustado a la desigualdad de 0,843 y un índice de esperanza de vida ajustado a la desigualdad de 0,928⁸³. De este modo, lo que muchos de estos estudios vienen a indicar es que en los países industrializados o desarrollados la esperanza de vida depende en mayor medida de la distribución de la renta que de la renta per cápita, influyendo de forma relevante en las desigualdades en salud el número de personas que viven en la pobreza. En estos

⁷⁹ MARMOT, M., WILKINSON, R. G., *Social determinants of health*, Oxford University Press, 2ª edición, Nueva York, 2006, p. 351. Sobre el análisis de Richard G. Wilkinson sobre las desigualdades sociales y económicas y las influencias en la salud, puede leerse: WILKINSON, R. G., *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*, Roudledge, Londres, 1996.

⁸⁰ DANIELS, N., KENNEDY, B., KAWACHI, I., 'Justice is Good for Our Health', *Boston Review*, 2000.

⁸¹ DAHLGREN, G., WHITEHEAD, M., 'Policies and strategies to promote social equality in health', Institute for Future Studies, Estocolmo, 1991, p. 14.

⁸² Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Informe sobre Desarrollo Humano 2014, *Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia*.

⁸³ PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano 2014. La tabla sobre los índices de desarrollo humano y de esperanza de vida por países se puede observar a partir de la página 176, y la tabla sobre estos índices ajustados por la desigualdad se encuentra en la página 184.

países, lo que más influye en un posible aumento del nivel de esperanza de vida es, por tanto, no el incremento en el nivel de renta sino otros factores: si el país reduce el nivel de pobreza y si financia sistemas públicos de salud. En otro estudio que analizaba estas cuestiones tomando como referencia veintidós países desarrollados con niveles de pobreza comparables, se calculaba que aproximadamente un tercio de los efectos del crecimiento económico sobre la esperanza de vida llegó a través de la reducción de la pobreza, y los dos tercios restantes a través de un aumento del gasto público destinado a mejorar directamente la salud de la población⁸⁴.

Entre las razones que explican estos resultados destacan que, en los países con una mayor desigualdad económica sucede a la vez: a) una mayor proporción de población pobre; b) una mayor competitividad, mayor cohesión social, menor capital social y mayores niveles de estrés; c) una menor inversión en servicios públicos, como la sanidad o la educación que beneficiarían a toda la población⁸⁵.

Desde este punto de vista el crecimiento económico en sí mismo no garantizaría una mejora de la salud en la población. Es más, el modelo de crecimiento económico neoliberal que olvida las políticas redistributivas ha significado un aumento importante de las desigualdades sociales⁸⁶. En esta línea, el economista Angus Deaton sostiene que la relación entre el crecimiento económico y los resultados de salud no es absoluta⁸⁷:

Yet there are several well-known examples—Cuba, Sri Lanka, Costa Rica, Kerala—of poor or relatively poor populations with excellent health outcomes. Moreover, I show that international correlations between economic growth on the one hand and reductions in child and infant mortality on the other are difficult to reconcile with the view that economic growth, as well as being beneficial in its own right, is doubly blessed because it automatically yields an improvement in population health.

La mejora en los resultados de salud, de este modo, continúa Deaton, vendrá dada, más que por el aumento de la renta, por otros

⁸⁴ WORLD BANK, 'World Development report 1993. Investing in health', Oxford University Press, Oxford, 1993, p. 34, 39-40.

⁸⁵ Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales de Salud en España, *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*, mayo de 2010, p. 32.

⁸⁶ Al respecto véase el trabajo sobre la relación entre la desigualdad de renta y la mortalidad en los Estados Unidos realizado por un grupo de autores: KAPLAN, G. A., PAMUK, E. R., LYNCH, J. W., COHEN, R. D., BALFOUR, J. L., *Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways*, BMJ, Vol. 312, 1996, pp. 999-1003.

⁸⁷ DEATON, A., 'Global Patterns of Income and Health: Facts, Interpretations, and Policies', *UNU World Institute for Development Economics Research (UNU-WIDER)*, p. 1.

factores sociales, como la educación y la mejora de la salud de la población como prioridad política⁸⁸:

[...] my best guess is that health improvements in poor countries are not primarily driven by income, nor even by improvements in health knowledge and technology. Knowledge has certainly been important in the long run. But over periods as long as decades, it is the social factors that make for effective delivery of health that are vital, particularly levels of education, and the development of population health as a political priority, which itself depends on better education and on the widespread idea that better health is both a possibility and a right.

Así pues, tanto la pobreza, a nivel individual, como las desigualdades, a nivel global, son factores que empeoran la salud de las personas y de las sociedades. En este sentido, es el sistema sanitario que atiende de forma universal y que al mismo tiempo constituye un instrumento de redistribución, el más adecuado por su contribución a disminuir la pobreza y las desigualdades, económicas y sociales, reduciendo las inequidades en salud debidas a determinantes sociales. En esta línea Navarro⁸⁹ ha defendido que la atención sanitaria tiene un efecto redistribuidor y equilibrador más fuerte que las transferencias sociales y la educación, que tradicionalmente se han entendido como las políticas públicas más redistributivas. En cualquier caso, siendo que la reducción de las desigualdades y la inversión en políticas sociales se afirman como factores beneficiosos para la salud de las sociedades, como han señalado De Lora y Zúñiga⁹⁰, 'el Estado ha de diseñar un esquema institucional de provisión universal de bienes y servicios básicos, sistema al que todos los individuos habrían de contribuir de acuerdo con su capacidad económica'. Los efectos redistributivos de la renta que se consiguen a través de políticas sociales y los mecanismos de fiscalidad progresiva, tienen, pues, efectos beneficiosos para la salud de la población. Todo ello arroja claras pistas sobre el tipo de política económica que se hace más conveniente seguir.

5.- CONCLUSIONES

La protección de la salud es uno de los derechos cuyo disfrute es necesario para llevar una vida digna y con autonomía para desenvolvemos de forma plena. En el trabajo se ha conectado esta

⁸⁸ DEATON, A., 'Global Patterns of Income and Health: Facts, Interpretations, and Policies', *UNU World Institute for Development Economics Research (UNU-WIDER)*, p. 22.

⁸⁹ NAVARRO, V., 'El derecho a la protección de la salud', *Derechos y libertades*, núm. 6, 1998, 137-160, p. 139.

⁹⁰ DE LORA, P., ZÚÑIGA, A., *El derecho a la asistencia sanitaria. Un análisis desde las teorías de la justicia redistributiva*, Iustel, Madrid, 2009, p. 197-198.

fundamentación con la defensa de una universalidad material de los derechos sociales, que exige su reconocimiento a todas las personas. El derecho a la salud debe reconocerse con independencia de la capacidad económica y sin exclusiones derivadas de la exigencia de *status* administrativos, que a su vez dependan de condiciones materiales como la obtención de rentas o de un empleo. La exigencia de tales condiciones materiales es discriminatoria, pero, además, en el plano jurídico-positivo, es contraria a la obligación de proteger a los grupos vulnerables que recae sobre los Estados y que deben de esta forma atender de forma especial a las necesidades especiales de determinados colectivos. No obstante, el derecho a la salud se debe garantizar más allá de la beneficencia, aunque una persona tenga la capacidad económica necesaria para obtener los bienes sanitarios a través del mercado. Esta capacidad económica se deberá tener en cuenta en el sostenimiento de los servicios sanitarios, según criterios de progresividad impositiva de acuerdo con los principios de justicia y equidad. Pero la asequibilidad, como elemento definitorio del derecho a la salud, debe plantearse desde la perspectiva de la accesibilidad de los servicios sanitarios que se entienden como bienes públicos que no condicionan su disfrute a un pago directo. De otra forma, el derecho a la salud no sería tal, sino algo subsidiario al intercambio de bienes sociales básicos bajo las reglas del mercado.

Por otra parte, aunque se reconozca la titularidad universal del derecho a la salud, la eficacia de su disfrute exige atender a las diferentes posibilidades de las personas de tener un buen estado de salud. Estas posibilidades no siempre dependen del azar natural ni de la responsabilidad individual, influyendo de forma decisiva factores sociales como la alimentación, el vestido, la seguridad, el agua potable, etc., manifestación de la indivisibilidad e interdependencia entre los derechos humanos. El derecho a la salud en conexión con la igualdad material y con el principio de igualdad de oportunidades, exige políticas institucionales dirigidas a acabar con las situaciones de pobreza y necesidad que son determinantes de la salud de las personas. Además, la disminución de las desigualdades exige el reconocimiento universal del derecho pero, también, especialmente, la articulación del mismo desde un sistema institucional de salud cuyo mantenimiento, así como el de otros bienes sociales, implique continuos movimientos redistributivos de la riqueza. Es tan cierto que las desigualdades sociales influyen en el estado de salud, como que la discriminación en el acceso a la sanidad incrementa las desigualdades. Por tanto, desde ambos puntos de vista se hace necesaria la universalidad del derecho a la salud y su reconocimiento a partir de políticas redistributivas.