



## Justicia y equidad en salud: un reto para la formación de los profesionales de la salud

**Ana Isabel Gómez  
Córdoba**

Escuela de Medicina y  
Ciencias de la Salud  
Universidad del Rosario,  
Colombia.

[agomezcster@gmail.com](mailto:agomezcster@gmail.com)  
[anai.gomez@urosario.edu.co](mailto:anai.gomez@urosario.edu.co)

**Boris Julián Pinto  
Bustamante**

Departamento de Bioética,  
Universidad El Bosque

Escuela de Medicina y  
Ciencias de la Salud,  
Universidad del Rosario,  
Colombia.

[borisjpinto@gmail.com](mailto:borisjpinto@gmail.com)  
[boris.pinto@urosario.edu.co](mailto:boris.pinto@urosario.edu.co)

Recibido: Oct. 2015.  
Aprobado para publicación:  
Mayo 2016.

### Resumen

La formación ética es un imperativo para la educación en salud. Sin embargo, la justicia en salud es uno de los aspectos éticos a los cuales se le ha prestado menor atención en los currículos de pregrado y postgrado de las profesiones de la salud. Este artículo tiene como propósito identificar las diferentes dimensiones teóricas de este principio (justicia social, distributiva y global), así como los enfoques y contenidos para la enseñanza del principio de justicia y su importancia en la formación de los profesionales de la salud como líderes de la transformación social.

### Palabras clave

Educación médica, justicia social, equidad en salud, derechos humanos.

## Justice and equity in health: a challenge for training health professionals

### Abstract

Ethics training is imperative for health education. However, justice in health is one of the ethical aspects that has received less attention in the curricula of

undergraduate and graduate health professions. This article aims to identify the different theoretical dimensions of this principle (social, distributive and global justice), the approaches and contents for teaching the principle of justice, and its importance in the training of health professionals as leaders of social transformation.

**Key words**

Medical education, social justice, equity in health, human rights.

## 1. Introducción

La UNESCO, en los estudios de prospectiva sobre el siglo XXI, identifica diez grandes tendencias: la transformación radical de la sociedad por el auge de “la tercera revolución industrial”, el incremento de la pobreza, las desigualdades y la exclusión, las nuevas amenazas a la paz y los derechos humanos, la agudización de cambios impulsados por procesos de transición demográfica, el rápido deterioro medioambiental, el desarrollo asincrónico del acceso a la sociedad de la información, los desafíos que plantea la mundialización a la expansión de la democracia y la participación civil, las demandas por una mayor participación de la mujer en la sociedad y la igualdad de género, el multiculturalismo en el contexto de la mundialización digital y los desafíos éticos suscitados por el avance de la tecnociencia (UNESCO, 2000).

La inequidad y las tensiones sociales derivadas de estas dinámicas son la tendencia predominante. La brecha entre países pobres y ricos se ha agudizado (Stiglitz, 2012), con un conflicto migratorio que refleja el crecimiento global de las disparidades sociales y económicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte sobre determinantes que afectarán la salud de las personas en la nueva centuria y que requieren de un enfoque intersectorial, como son la desnutrición, el agua contaminada, las prácticas sexuales inseguras, la contaminación del aire, el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, el bajo nivel de educación, la inequidad en el acceso a servicios de salud con calidad, los ambientes riesgosos, la pobreza y la corrupción (Curat, 2006).

Aunque los mayores retos que enfrenta la humanidad se relacionan con demandas de justicia, este principio ético no ha sido el foco de la atención de la formación de los profesionales de la salud. En muchas escuelas, el proceso de formación profesional se concentra en los ámbitos hospitalarios, sin la consideración global de determinantes sociales y económicos de los procesos de salud y enfermedad (Vroom, 2012,). Es posible afirmar que la socialización profesional que se da a lo largo del pregrado y el postgrado tiende a reducir la diversidad y riqueza de razonamiento moral con respecto a nociones éticas como el cuidado y la justicia (Sommer et al., 2011).

Son diversos los problemas éticos relacionados con el principio de justicia que los profesionales de la salud enfrentan en su ejercicio profesional. Estos se relacionan generalmente con el uso racional de los recursos de salud y la no discriminación de las personas. En los programas de formación profesional estos desafíos se abordan en temáticas como el control del

gasto en salud, triage de urgencias, el acceso a órganos para trasplante, las barreras de acceso al sistema de salud o el uso prudente de las biotecnologías. Sin embargo, las problemáticas de la justicia son más complejas y requieren la identificación de las distintas perspectivas que informan la idea de justicia que subyace a los distintos sistemas y modelos de salud. El presente artículo de reflexión propone algunas aproximaciones a estas perspectivas teóricas, así como enfoques y contenidos para la educación de los profesionales de la salud en torno al tópico de justicia en salud.

## 2. ¿Qué es lo justo?

Un primer elemento necesario para fundamentar esta reflexión es intentar definir el concepto de justicia como fundamento axiológico para la deliberación sobre la legitimidad moral de un sistema de salud (Hernández-Álvarez, 2008). Cabe aclarar que no es objeto de este artículo entrar en la definición de las muchas formas de justicia, algunas de las cuáles son materia de estudio del derecho, la filosofía y la economía políticas, como pueden ser la justicia conmutativa (la cual define la relación entre los miembros de una sociedad), retributiva, transicional, restaurativa, entre otras. Nos centraremos en la justicia distributiva (como la forma de justicia que permite definir los criterios aceptables de distribución de bienes, servicios, cargas en una sociedad) y en la importancia de ampliar la perspectiva hacia la justicia social en salud.

Una primera aproximación al concepto de justicia social en salud puede ser "la igualdad en el acceso y la calidad del cuidado de la salud, así como el derecho a la salud para todos" (Hixon et al, 2012, p. 183). Nussbaum propone un paso más allá en la definición de justicia social básica a partir del enfoque de capacidades, el cual busca responder una pregunta fundamental: ¿qué cosas son capaces de ser y hacer las personas? Así, la propuesta de Nussbaum pone el énfasis en el repertorio mínimo de condiciones y oportunidades que permiten el despliegue de las capacidades humanas como posibilidades de elección individual. Ese umbral mínimo de capacidades centrales (como la salud, por ejemplo) es la exigencia básica de justicia social al que cada ciudadano y ciudadana debe aspirar en un orden social aceptable (Nussbaum, 2012). Este marco teórico nos parece apropiado para abordar los problemas de justicia social, pues, más que insistir en criterios de estricta igualdad o en condiciones materiales de bienestar, enfatiza la importancia de las

libertades sustanciales como el bien fundamental que toda sociedad debe promover (Nussbaum, 2012).

En el ámbito de la justicia distributiva, Ulpiano (1973) define a la justicia como “la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno lo suyo (o dar a cada uno su derecho)”. No obstante, persiste la pregunta: ¿Y qué es lo suyo de cada quién? ¿Quién lo decide? ¿Sobre la base de cuáles criterios? La respuesta a la pregunta “¿qué es lo suyo de cada quién?” depende, a su vez, de la base de información filosófica que informa la relación entre necesidades, bienes, recursos y derechos, así como entre el ciudadano, la comunidad y el estado. Es necesario reconocer que no existe un único punto de partida para definir la naturaleza de los arreglos distributivos (Walzer, 1983). Entre las teorías que se han propuesto en justicia distributiva encontramos:

### **2.1. LA PERSPECTIVA LIBERTARIA**

Basada en las teorías liberales de autores como John Locke, Adam Smith, Robert Nozick y Tristram Engelhardt. Esta perspectiva afirma la “prioridad absoluta de los derechos libertarios” (Sen, 2000), entendidos como libertades y derechos negativos (Patell, 2001, p. 14), de no intromisión, según lo cual, la salud es un bien de consumo privado. Desde una perspectiva libertaria, el estado no puede, ni debe, asumir el papel de instancia central que administra y redistribuye los derechos económicos y la salud como derecho. El estado debe replegarse del ámbito privado de las libertades individuales, permitir que sean las relaciones contractuales entre ciudadanos libres y los incentivos del mercado quienes determinen la naturaleza de la relación entre ciudadanos y proveedores de servicios de salud. Cualquier intromisión del estado en la órbita privada de las relaciones contractuales es una forma de coacción sobre los valores prioritarios de la libertad y la propiedad privada. El estado mínimo sólo debe intervenir cuando se hace necesario un proceso de rectificación de incumplimientos en las relaciones de transacción entre particulares. Para la teoría libertaria, la justicia “consiste en la operación de los procedimientos justos” (Beauchamp & Childress, 1999, p. 322), no en la consecución de resultados justos. Como justicia procedimental, su legitimidad descansa sobre los principios de justicia en la adquisición, transferencia y rectificación (Beauchamp & Childress, 1999).

## 2.2. LA PERSPECTIVA COMUNITARISTA

Para los autores comunitaristas (Michael Sandel, Michael Walzer, Alasdair MacIntyre, Amitai Etzioni, etc.), la idea de justicia es una construcción social e histórica (Walzer, 1983), por lo cual no es posible articular una única idea de justicia. Tal idea se construye a partir de los valores plurales de las distintas comunidades humanas y sus construcciones históricas en torno a la idea del bien común. En esta perspectiva, se privilegia la noción de solidaridad, interdependencia y cooperación, por encima de la prioridad del autointerés y el fuerte individualismo. Más que el énfasis en derechos, la perspectiva comunitaria se pregunta por los valores sociales y las virtudes que definen la concepción de la vida buena al interior de la comunidad.

Desde este enfoque, autores como Ezekiel Emanuel y Daniel Callahan han propuesto modelos de sistemas sanitarios contruidos a partir de la preeminencia del consenso social y la práctica de los valores contruidos desde las comunidades. Emanuel defiende un comunitarismo liberal que afirma el pluralismo, la multiculturalidad, la autonomía individual, la promoción de capacidades deliberativas y cuya existencia trascienda en el mantenimiento de su comunidad.

## 2.3. LA PERSPECTIVA UTILITARISTA

El utilitarismo, como versión de una postura filosófica más general -el consecuencialismo- (Dancy, 2004), descansa sobre los enunciados que definen el *principio de utilidad*, propuesto por filósofos como John Stuart Mill y Jeremy Bentham: "las acciones son correctas en proporción a su tendencia para promover la felicidad; y son incorrectas si tienen a promover lo contrario de la felicidad" (Mill, 1863, p. 9); según lo cual "se debe aprobar o desaprobar cualquier acción, de acuerdo con la tendencia que parezca tener en cuanto a aumentar o disminuir la felicidad de las partes interesadas" (Bentham, 1823). El principio de maximización de la utilidad para el mayor número de partes interesadas (utilidad social neta, según la variable *extensión*, del cálculo hedonista propuesto por Bentham) defiende una continua evaluación moral de los actos y decisiones humanas conforme a la ponderación objetiva entre dos dimensiones morales: placer (beneficencia, bienestar, confort) y dolor (maleficencia, malestar, sufrimiento, costos), de donde una acción será moralmente correcta si consigue maximizar la dimensión moral del beneficio neto (la felicidad como único valor intrínseco) a expensas de una mínima inversión de sufrimiento (costos).

De esta perspectiva surgen los modernos análisis de costo-beneficio, costo-utilidad, años de vida ajustados por calidad (AVAC), años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), tan necesarios en la moderna economía y la definición de prioridades en sistemas de salud. Amartya Sen afirma que el enfoque utilitarista comparte dos virtudes esenciales en su formulación: la atención al bienestar de las partes involucradas y el énfasis en el análisis moral de las consecuencias de los actos y las decisiones humanas. No obstante, sugiere Sen (2000), el enfoque utilitarista adolece de tres falencias: la indiferencia ante los mecanismos de distribución de la utilidad social, indiferencia por los derechos, las libertades y todo aquello que no reporta utilidad, y la conformidad de los valores utilitaristas y hedonistas con la conformación social de las preferencias (con lo que coincide Agnus Heller en su teoría sobre las necesidades irreales derivadas del fetichismo del ser social) (Heller, 1996).

#### **2.4. PERSPECTIVA IGUALITARISTA**

Uno de las referencias clásicas del igualitarismo liberal es la propuesta de John Rawls, quien propone complementar la noción liberal de la asistencia sanitaria protegida por el estado como un derecho negativo (derechos individuales) con la incorporación de derechos colectivos (sociales, económicos y culturales) a partir de la afirmación de que el ejercicio legítimo de la libertad demanda una deliberación previa sobre el conjunto de bienes sociales primarios necesarios para incrementar el rango de oportunidades de que dispone una persona para el ejercicio de dicha libertad. Estos bienes primarios, cuya distribución justa depende de los arreglos mediados por las instituciones sociales, son las libertades fundamentales y oportunidades para el acceso a posiciones sociales, los derechos, facultades y prerrogativas, la renta, la riqueza y las bases sociales del respeto a uno mismo (Rawls, 1999).

En una sociedad con un nivel determinando de riqueza, tecnología y organización social, el rango normal de oportunidades corresponde al conjunto de planes de vida que las personas consideran razonable elegir teniendo en cuenta sus talentos y habilidades. Las alteraciones del funcionamiento normal de la persona reducen la gama de oportunidades con las cuales cada quien construye su plan de vida (Daniels, Kennedy & Kawachi, 2006). Al promover el funcionamiento normal de una población (siguiendo el enfoque biológico de la enfermedad propuesto por Daniels),

el cuidado integral de la salud y las estructuras sociales encaminadas a mantener la salud de la población hacen una importante contribución a la protección de la justa igualdad de oportunidades.

El ideal rawlsiano de igualdad democrática (en una democracia constitucional, representativa, como ejercicio de la razón pública entre personas libres y en pie de igualdad) exige conformidad con un principio procedimental que garantice la justa igualdad de oportunidades y la justicia en términos de equidad (Rawls, 1999), entendida como la distribución de bienes y recursos según la regla de la justa oportunidad; esto es, la justificación de una desigualdad en la distribución de los bienes para aliviar una desventaja original.

Este principio no sólo prohíbe las barreras discriminatorias, sino que además requiere medidas fuertes dirigidas a mitigar los efectos de las desigualdades socioeconómicas y otras contingencias sociales. El principio de igualdad de oportunidades exige la implementación de extensos servicios de asistencia de salud pública, médica y social para todos (planes de beneficios básicos de acceso general), destinados a promover el normal funcionamiento de los individuos.

## **2.5. ENFOQUE DE CAPACIDADES**

Para Amartya Sen, la salud es un componente fundamental de un conjunto de condiciones de bienestar necesarias para el desarrollo de capacidades humanas, entendidas estas últimas como derechos y libertades fundamentales necesarias para que cada quien pueda elegir el tipo de vida que tiene razones para valorar (Sen, 2000).

La provisión de servicios de salud hace parte de un conjunto de libertades instrumentales que contribuyen en la conversión de bienes primarios en capacidades humanas. Para Sen, el concepto de equidad en salud debe ir más allá de criterios que reducen la justicia a categorías como el turno equitativo o la distribución de los recursos y servicios de salud. Como concepto multidimensional (Sen, 2004) debe contemplar la equidad procedimental (debido proceso) y la equidad en la distribución de los determinantes sociales de los procesos de salud y enfermedad: factores genéticos, renta, estilos de vida, determinantes ambientales, laborales, derechos sexuales y reproductivos, etc. Para Sen, la pobreza se define en términos de privación de capacidades (Sen, 2000). Su teoría propone un énfasis en la promoción de derechos positivos desde la consideración de factores políticos, económicos, culturales que determinan el desarrollo o la privación de las capacidades humanas básicas.



Nussbaum, por su parte, propone la identificación de capacidades centrales, internas y combinadas. Las capacidades centrales son principios políticos fundamentales que permiten la estructuración normativa de un estado y sus políticas públicas sobre la base de la dignidad humana y la justicia social. Las capacidades internas son las características constitutivas de una persona a partir de su interacción con el medio social. Las capacidades combinadas son el capital de oportunidades del cual dispone una persona para elegir y desplegar sus capacidades internas (Nussbaum, 2012). Son el resultado de la suma de capacidades internas y condiciones sociales, políticas y económicas en las cuales tales capacidades se pueden desplegar (Nussbaum, 2012).

Para Nussbaum, es tarea de un orden político aceptable el proveer a sus ciudadanos de un umbral de diez capacidades centrales, como expresión de un mínimo de justicia social. Esas diez capacidades centrales son: (i) Vida, (ii) Salud física, (iii) Integridad física, (iv) Sentidos, imaginación y pensamiento, (v) Emociones, (vi) Razón práctica, (vii) Afiliación, (viii) Relación próxima con otras especies no humanas, (ix) Juego, (x) Control sobre el propio entorno (Nussbaum, 2012).

## 2.6. MODELOS SINCRÉTICOS

Algunos autores sugieren modelos mixtos con la preeminencia de la salud como bien público: en cuanto a la distribución de recursos escasos en los planes de salud, Corine Pelluchon propone delimitar el contenido de las categorías que suelen emplearse en este debate, como son la necesidad, el derecho, el bienestar y la pobreza. De igual forma, invita a reformular la recurrente oposición entre bienestar individual y bienestar colectivo, a través de la precisión de las fronteras entre utilitarismo y derechos humanos.

Pelluchon (2008) propone la precisión de la salud como bien y como derecho, de acuerdo a la función que esta desempeña en la vida social. Propone también la conjugación de una política liberal (de inspiración rawlsiana) con criterios utilitaristas (como la evaluación de intervenciones y prioridades en salud a través de instrumentos como los AVAC/QALY – años de vida ajustados por calidad), lo cual puede optimizar la eficiencia en el manejo de los recursos del sistema y la distribución de recursos en términos de equidad, a través de un sistema único de reembolso de la atención. La consideración sobre los planes de beneficios o de bienes a distribuir debe ser precedida de una deliberación pública sobre los valores inmanentes de la comunidad. Los bienes a

distribuir, entonces, serán un reflejo de los valores immanentes de la comunidad y fruto de la deliberación general.

En términos de justicia distributiva, se puede proponer una vía intermedia entre el liberalismo igualitarista, el utilitarismo y el comunitarismo en la configuración de los sistemas sanitarios, a partir de la deliberación pública como mecanismo para la definición de prioridades en los planes de beneficios que un sistema de salud debe considerar. Azoucena Couceiro afirma que todo sistema de salud que garantice el derecho a la asistencia sanitaria como una conquista de los Estados Sociales de Derecho, debe articularse en tres niveles fundamentales: "el Estado como garante de este derecho y limitador de las prestaciones; las instituciones sanitarias, gestoras directas de la asistencia, que deben combinar la eficiencia y la equidad; y por último los profesionales de la salud verdaderos distribuidores finales de los recursos" (Couceiro, 2006, p. 61).

Couceiro convoca en su análisis los ejemplos del Informe Dunning en Holanda, así como las experiencias de Suecia y Oregon en la confección de sus planes de beneficios y los niveles de priorización en la atención en salud. La invocación de los valores comunitarios, "en el que la salud es vista como la posibilidad para todo miembro de la comunidad de participar en la vida social, y viene definida por un marco normativo que en Holanda se denomina el principio de solidaridad" (Couceiro, 2006, p. 66), así como la concepción de la salud en términos de necesidades y no de demanda, son un común denominador en la confección de estos sistemas.

Cada una de estas visiones del principio de justicia implica una posición moral, la cual está condicionada por el momento histórico o los valores de una sociedad en particular, respecto a la garantía de la salud como bien social y los mecanismos según los cuales se distribuyen los recursos (Leget & Hoedemaekers, 2007).

En el proceso de formación profesional, se deben proponer a los estudiantes estas múltiples visiones, especificar el vínculo que existe entre cada una de ellas y la confección de los sistemas y modelos en salud, y contribuir en el análisis crítico en torno a las consecuencias que para la salud de las personas y las poblaciones tiene, particularmente en nuestros países, la adopción de cada perspectiva sobre justicia distributiva, aportando desde la práctica y la deliberación democrática a la construcción de un sistema más equitativo y eficiente. Hernández-Álvarez se expresa en este mismo sentido al afirmar que "existen alternativas en juego en el debate contemporáneo y, por lo tanto, no es un asunto ya resuelto por los economistas de la salud; y segundo, que las sociedades construyen históricamente sus opciones, de manera que tampoco se trata de tendencias inevitables, aunque existan hegemonías y predominios" (Hernández-Álvarez, 2008).

La deliberación democrática desde las instancias formativas debe contribuir en la promoción de lo que Kottow ha denominado una ética de protección (Kottow, 2011) la cual considera que, si bien la justicia es una utopía ética, dado el crecimiento del gradiente social a nivel global, es necesario recurrir a iniciativas individuales y colectivas que provean resguardo y protección para los más vulnerables, así como su empoderamiento en aras de promover su participación autónoma y efectiva en las instancias de deliberación civil (Kottow, 2011). La protección está situada en la base de las instituciones sociales y es el fundamento de las obligaciones del estado para con sus ciudadanos (Kottow, 2012). Es labor de la educación en bioética identificar y promover tales iniciativas de protección social (políticas públicas de integración social, grupos de ayuda mutua, proyectos legislativos de apoyo a poblaciones en condición de vulnerabilidad, iniciativas de acción popular, intervenciones en salud pública, etc.).

### **3. Enfoques del principio de justicia distributiva en la formación integral de los profesionales de la salud**

Son diversos los conceptos relacionados con el principio de justicia que hacen parte, de forma variable, de los currículos de las profesiones de la salud: respeto a la dignidad de las personas y no discriminación, uso racional de los recursos de salud, obligatoriedad de la justificación pública de los actos, calidad de los servicios de salud, seguimiento a los resultados de la atención, solidaridad, cooperación y responsabilidad social, priorización de las necesidades de salud, acceso a los servicios de salud, control del gasto, gestión de los conflictos de interés, respeto por la diversidad cultural y el pluralismo, y protección de los intereses de nuestros pacientes.

Estos conceptos se pueden abordar a través de diferentes asignaturas: comunicación, seguridad del paciente, profesionalismo, epidemiología, salud pública, atención primaria en salud, antropología médica, gestión de la calidad, bioética, investigación, derecho médico y economía de la salud. Las asignaturas contemplan diversos contenidos relacionados con la temática, como por ejemplo, sistemas de salud, no discriminación, conflictos de interés, interculturalidad, gestión de los eventos adversos, derechos humanos, enfoques diferenciales, constitución política.

La formación profesional en salud debe dotar al estudiante con capacidades para la búsqueda y selección de la evidencia científica sobre la cual fundamentar sus decisiones, aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la gestión del riesgo, así como las competencias para la gestión de los servicios de salud mediante el seguimiento de resultados (D'Empaire, 2010).

La aproximación al concepto de justicia debe cumplir con el propósito de dotar a los profesionales de la salud de un conjunto de capacidades requeridas para desempeñar su rol profesional desde el ejercicio de una ciudadanía deliberativa, en capacidad de identificar los hechos empíricos, los valores en conflicto relativos al principio de justicia y los deberes que impone el reconocimiento de tales valores como aspiraciones humanas y sociales (Gracia, 2014). A continuación describiremos algunos de los contenidos que pueden contribuir con dicho propósito.

### **3.1. RACIONALIZACIÓN DE LOS RECURSOS DE SALUD**

Uno de los mayores desafíos de los sistemas de salud en el mundo, y especialmente en nuestros países, es el control de la explosión del gasto en salud y el uso eficiente de los recursos, a partir del argumento según el cual las necesidades de salud son infinitas y los recursos de salud limitados. Por ello, los criterios de racionamiento constituyen una de las dimensiones prácticas de la justicia distributiva.

Para determinar cuál es la forma justa de distribuir bienes escasos en un sistema de salud, es necesario definir a partir de la deliberación pública cuál es el plan de beneficios apropiado, mínimo y universal (en lo cual coincidimos con las propuestas de Rawls y Daniels). Sin embargo, la universalización de los bienes esenciales es una empresa compleja pues tal conjunto de bienes puede variar de una sociedad a otra. En ese sentido, es fundamental establecer qué criterios serán utilizados para distribuir los recursos de una forma equitativa (equidad procedimental) (Lavados Montes & Gajardo Ugás, 2008). El uso eficiente de los recursos requiere de metodologías para determinar y priorizar las necesidades de salud de las personas, las comunidades y las instituciones (Puyol, 2012), y la adecuada evaluación de las tecnologías emergentes en salud, a partir de aspectos como la eficacia y la eficiencia de la aplicación de las tecnologías, evidencia científica, carga de enfermedad, seguridad de los pacientes y razones de costo-efectividad (Hunt, 2014).

No obstante, estas metodologías no deben considerar como único factor para la toma de decisiones las consideraciones de eficiencia y costo-efectividad (si bien son una de las variables

importantes a considerar), pues “enfatan una estrecha gama de valores” (Martin, Gibson & Singer, 2008). Por ello, es fundamental promover un entorno deliberativo para los procesos de priorización en la asignación de recursos y en la delimitación de los planes de beneficios, siguiendo un marco ético procedimental que asegure la imparcialidad (*accountability for reasonableness* – razonabilidad para la rendición de cuentas). Este proceso debe contemplar tres condiciones básicas:

- Inclusión: procurar una deliberación transparente acerca de los valores en conflicto expuestos por los distintos actores en cuestión: actores políticos, gestores, gerentes, clínicos y pacientes.
- Transparencia: los criterios para la toma de decisiones son divulgados al interior de las instituciones y la comunidad.
- Receptividad (o atención a las necesidades): garantía de procesos deliberativos como mecanismos de mejoramiento de la calidad (Martin, Gibson & Singer, 2008).

### **3.2. PROCESO SALUD ENFERMEDAD COMO UN FENÓMENO HISTÓRICO Y CULTURAL**

Los procesos de salud y enfermedad han sido comprendidos en la formación profesional desde distintas tradiciones: la tradición naturalista, la tradición hermenéutico-social y la tradición ecléctica (Wulff, Petersen & Rosenberg, 2002). El marco de explicación naturalista reduce la salud a la ausencia de enfermedad determinada por procesos biológico-mecanicistas que se constatan a partir de una perspectiva realista bajo control empírico. La garantía de salud se circunscribe al acceso a los servicios de salud y a la concepción de la enfermedad como la disminución de las habilidades típicas de la especie.

La tradición hermenéutica enfatiza el carácter histórico-social de los procesos de salud y enfermedad. La intervención en estos procesos requiere la acción sobre el orden social que los determina, la compensación de desigualdades sociales y la consideración del acceso a los servicios de salud como un derecho y un bien social (Laurell, 1994). La postura ecléctica considera los procesos de salud y enfermedad como fenómenos biopsicosociales, los cuales demandan un enfoque holístico para su tratamiento (Wulff, Petersen & Rosenberg, 2002).

La salud de las personas depende, tanto de las decisiones individuales sobre las cuales son responsables, como de circunstancias sociales y económicas que afectan la salud en el curso de la vida. Los gradientes sociales, los determinantes ambientales, los estilos de vida, las desventajas

materiales, las condiciones psicológicas y sociales, las dificultades en el acceso a los servicios de salud y los factores que limitan la integración social tienen un efecto acumulativo sobre la salud y la calidad de vida de las personas (Wilkinson & Marmot, 2003). Estos determinantes sociales de la salud se deben afrontar desde el ámbito de las políticas públicas y desde la disminución de las desigualdades políticas, lo cual puede acelerar el gradiente de diseminación de la igualdad socio-sanitaria (Deaton, 2015). Así lo entiende Rueda, al indicar que se debe evaluar “en qué medida las políticas gubernamentales han favorecido arreglos sociales que se traducen en mayor (o menor) vulnerabilidad de ciertos grupos a formas identificables de deterioro de la salud y a formas de exclusión del sistema de atención médica” (Rueda, 2010, p. 79).

Los *currícula* de las profesiones de la salud deben fundamentarse sobre una comprensión de los procesos de salud y enfermedad como fenómenos históricos, sociales y culturales. El profesional de la salud debe estar en capacidad de identificar e intervenir, en distintos niveles, los factores que perpetúan la inequidad. En este sentido, es necesario el desarrollo de competencias de liderazgo, trabajo interdisciplinario, cabildeo y defensa de los derechos de las comunidades (Hixon, Yamada, Farmer & Maskarinec, 2013).

### **3.3. LOS DERECHOS HUMANOS: EL HILO CONDUCTOR DE LA COMPRESIÓN DEL PRINCIPIO DE JUSTICIA**

El derecho internacional obliga a la protección de los derechos humanos. Estos, como “un intento de normativización de garantías de la dignidad humana” (Nussbaum, 2012, p. 129), son la base de un proyecto político fundamentado en la noción de “igual valía y dignidad de todas las personas” (Nussbaum, 2012, p. 130), el cual contempla el derecho que cada ciudadano tiene a no ser discriminado, a un tratamiento equitativo y a la justicia social. El fundamento axiológico de los derechos humanos es compartido por distintas culturas y sus artífices fueron miembros de países tan diversos como Egipto, China y Francia. Para Nussbaum, la doctrina de los derechos humanos encarna un programa político de protección de los más débiles ante los fuertes (Nussbaum, 2012) y se corresponde con el umbral mínimo de capacidades centrales como expresión de una vida digna (Nussbaum, 2012).

El derecho a la salud está limitado a su realización progresiva y acorde con la disponibilidad de recursos de salud por parte de los estados. Sin embargo, las limitaciones del derecho a la salud

en nuestros países han desencadenado la juridificación de este derecho, a través de la solicitud de su protección en instancias judiciales mediante instrumentos como las acciones de tutela. El rol del profesional de la salud debe orientarse a promover el acceso a la salud y servir como representante de los derechos fundamentales del paciente dentro del sistema (Asociación Médica Mundial, 2015).

Los profesionales de la salud deben reconocer el derecho a la salud como un derecho humano fundamental, el cual no se limita exclusivamente al acceso a los servicios e instituciones de salud, sino que "comprende un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana" (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2008), lo cual debe incluir el acceso a servicios ofertados con estándares de calidad. Los profesionales de la salud deben convertirse en "defensores y garantes de los derechos fundamentales de sus pacientes, en especial de aquellos más débiles y necesitados. La formación médica debe incluir en las competencias profesionales el conocimiento en derechos humanos y la responsabilidad del médico de defenderlos en sus pacientes" (Suárez Acevedo & Cardozo Alarcón, 2012, p. 155).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en 2000 una observación general sobre el derecho a la salud (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000). Así la salud, entendida como derecho, conlleva a políticas gubernamentales y sociales que aseguren su realización efectiva y que generen tanto responsabilidades en distintos niveles, como la necesaria delimitación de ese derecho, para que su implementación práctica pueda ser factible en términos económicos.

En el reconocimiento de la salud como derecho fundamental y como aspiración universal, las estrategias pedagógicas deben trascender la dimensión cognitiva, deben articularse con la esfera de las emociones y los sentimientos de proyección pública, como elementos fundamentales en la promoción de un ejercicio de ciudadanía deliberativa fundamentada en valores y aspiraciones como la justicia y la solidaridad (Etxeberria, 2008).

Hablar de derechos humanos como categorías abstractas es un ejercicio pedagógico inconcluso que deja por fuera a las víctimas de las muchas formas de injusticia. Las víctimas deben estar presentes en el aula de clase para hacer efectiva una educación que reconozca el aporte de los sentimientos a la realización efectiva de la ciudadanía. En ese sentido, es posible recurrir a pedagogías narrativas y testimoniales que permitan identificar, más allá de las vidas estadísticas y las abstracciones teóricas, a los protagonistas históricos de las muchas formas de injusticia (Etxeberria, 2010).

### 3.4. DISCRIMINACIÓN Y JUSTICIA

Los profesionales de salud tienen, tanto el deber de reconocer la igualdad de derechos de las personas en razón de su dignidad ontológica, como de hacer frente a la discriminación negativa, por variables como la edad, el origen étnico, la religión, el género, la nacionalidad, el idioma, la orientación sexual, la condición de discapacidad o las condiciones que afectan su salud. La identificación de distintas formas de vulnerabilidad se debe traducir en procesos de discriminación positiva, lo cual significa "garantizar que cualquier forma de distribución desigual genere beneficios para los menos aventajados de la sociedad" (Rawls, 1988).

En los currículos de las profesiones de salud esta expresión del principio de justicia se despliega, por ejemplo, en la denominada competencia cultural, entendida como "el proceso en el cual los profesionales del cuidado de la salud continuamente se esfuerzan por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo o la comunidad. Este proceso de la competencia cultural involucra la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales" (Osorio-Merchán & López Díaz, 2008).

La competencia cultural también se expresa en la capacidad de encontrar diferencias en el enfoque clínico, diagnóstico y tratamiento del paciente en relación con variables como el origen étnico, el estatus social o la nacionalidad (Dykes & White, 2011). Esta habilidad permite al profesional de la salud superar los prejuicios y los estereotipos sociales y promueve el reconocimiento de los valores y las creencias de los pacientes en el proceso de atención (Maldonado, Fried, DuBose, Nelson & Breida, 2014), si bien otros autores prefieren hablar, más que de competencia cultural, de salud intercultural, como el conjunto de procesos de intercambio cultural entre el personal de salud y los pacientes, en donde cada uno de los actores en la relación terapéutica pertenece a culturas diversas, por lo que se requieren estrategias para optimizar el reconocimiento y la comprensión conjunta (Campos-Navarro, 2004).

Es fundamental que la enseñanza de la justicia distributiva y la justicia social se verifique en competencias cognitivas, actitudinales y en habilidades prácticas. Por ejemplo, con respecto a la salud intercultural, el enfoque cultural diferencial en términos de competencias cognitivas, resulta en el conocimiento de las peculiaridades epidemiológicas y clínicas de diversas condiciones en



distintos contextos étnicos y los efectos diferenciales de las propuestas terapéuticas en múltiples entornos culturales. En términos de competencias actitudinales, se puede traducir en una "pedagogía de la receptividad" (Etxeberria, 2010), según la cual es posible hacer consciente la identificación de los propios prejuicios y la disposición a estereotipar, para traducirse en la habilidad práctica de implementar mejores estrategias de comunicación con culturas distintas a la nuestra, facilitando la incorporación de otras perspectivas culturales en nuestro horizonte terapéutico (Seeleman, Suurmond & Stronks, 2009).

### **3.5. RENDICIÓN DE CUENTAS: CORRUPCIÓN Y CONFLICTO DE INTERÉS**

Los casos de corrupción en el sector salud se constatan en distintos niveles. A escala profesional: la relación de muchos de los profesionales de la salud con la industria farmacéutica, lo que subordina el interés de los pacientes y las comunidades a intereses comerciales. Uno de los pilares del profesionalismo es el altruismo, el cual implica anteponer los intereses del paciente a los intereses propios (Portocarrero, 2010). A escala institucional: el uso indebido de recursos del sector, sobrecostos, facturación de actividades inexistentes, pago de sobornos para la contratación, usurpación de recursos públicos, etc. A escala global: los crecientes conflictos de intereses financieros en investigación biomédica transnacional (Lemmens & Luther, 2008).

En el proceso de formación profesional es importante promover en los estudiantes la sensibilidad ética (Weaver, 2007) como atributo reflexivo que permite la identificación de los posibles conflictos de interés y el deber que tienen de declararlos y resolverlos en favor del paciente y las comunidades. Así mismo es fundamental insistir en el deber de las agremiaciones médicas y las sociedades científicas de rendir cuentas ante la sociedad por los actos profesionales, así como de responder ante todos aquellos que afectemos con nuestras decisiones y acciones (*accountability*), mediante procesos de autorregulación profesional. Para lograr este cometido es necesario hacer seguimiento a los resultados en los distintos niveles de gestión (Hunt, 2014).

### 3.6. JUSTICIA Y GLOBALIZACIÓN

La epidemia del virus Ébola (EVE) en África occidental (2014) ha dejado en evidencia problemas estructurales de justicia global, entendida esta como la aplicación de los principios de equidad y justicia procedimental al sistema económico global y sus instituciones (Vandekerckhove & Van Hooft, 2010), donde las instituciones y estructuras globales, a escala internacional, determinan, al igual que los estados a escala intranacional, los términos de la cooperación social, así como la distribución de los bienes sociales resultantes (Pogge, 1989), lo cual determina las condiciones materiales en las que viven las personas a nivel global (Follesdal & Pogge, 2005). Dentro de los problemas globales que desnudó la EVE están:

- Las condiciones de pobreza y las limitaciones en la oferta de servicios de salud que han permitido la rápida extensión y la dificultad en el control de esta enfermedad.
- La falta de fondos para investigación de enfermedades que afectan a países pobres o en desarrollo.
- El interés por el desarrollo de vacunas y medicamentos efectivos tras 28 años de brotes en África subsahariana sólo cuando la epidemia se convierte en un problema de seguridad nacional que afecta a países occidentales (Emanuel & Annette, 2014).
- La controversia frente a la utilización de medicamentos no autorizados, experimentales, en el contexto de la EVE.
- La controversia en torno a quiénes debían ser los primeros en recibir los medicamentos, de los que había pocos suministros: las primeras dosis del suero experimental Zmapp fueron administradas a médicos norteamericanos y a un misionero español, si bien había trabajadores de la salud africanos y afectados por la enfermedad en quienes también sería posible aplicar el principio de reciprocidad, así como personas de la comunidad quienes colaboran en el cuidado de los enfermos y en el entierro de los cadáveres, sin entrenamiento médico, pero igualmente expuestos a la infección por EVE, quienes no recibieron el suero experimental. En términos de equidad, el tratamiento experimental, cuyas existencias eran limitadas, debía ser provisto a quien más lo necesite y se encuentre en mayor riesgo de exposición.

- La controversia sobre si el tratamiento con medicamentos experimentales contra el EVE debería ofrecerse exclusivamente en el contexto de ensayos clínicos controlados aleatorizados (en los cuáles un grupo recibiría una nueva intervención más cuidado convencional y otro grupo cuidado convencional más placebo) o en diseños experimentales alternativos que permitan generar conocimiento sobre el perfil de seguridad y eficacia de tales medicamentos.

En términos de educación es fundamental exponer a los estudiantes a escenarios de inequidad como ejemplos de estructuras y determinantes globales que impactan la salud y la calidad de vida en ámbitos locales. La educación debe contribuir en la promoción de una "subjetividad cosmopolita" (Vandekerckhove & Van Hooft, 2010, p. xvii), de una ciudadanía global capaz de anteponer valores globales (como los derechos humanos, como la justicia global y la protección del medio ambiente) a los intereses militares o económicos de su propio país, así como de reconocer la igualdad moral de todo ser humano sin concesiones para los más cercanos frente a los más distantes (Vandekerckhove & Van Hooft, 2010).

En este esfuerzo por la construcción de una ciudadanía global se inscribe otro proyecto normativo: la ética de la salud global, la cual no sólo propone identificar fuentes globales de inequidad relacionadas con la salud, sino que busca estrategias para su corrección (Hunter & Dawson, 2011). Las propuestas de Thomas Pogge, en el plano de la organización institucional a nivel global, o de Paul Farmer, en la contribución al fortalecimiento de sistemas de salud en países en vías de desarrollo, son esfuerzos en tal sentido. Como afirma el mismo Farmer (2003) es necesario ampliar el concepto reducido de justicia en salud hasta el concepto más amplio de justicia social, siguiendo los principios enunciados en la Declaración de Tavistock:

- La asistencia sanitaria es un derecho humano.
- La salud de la persona está en el centro de la asistencia sanitaria, pero debe ser contemplada y practicada dentro de un contexto global de trabajo continuo para generar los mayores beneficios sanitarios posibles para los grupos y los pueblos.
- Entre las responsabilidades del sistema sanitario figura la prevención de la enfermedad y el alivio de la incapacidad.
- La cooperación entre sí y con aquellos a quienes sirven es un imperativo de quienes trabajan en el sistema de asistencia sanitaria.

- Todas las personas y grupos implicados en la asistencia sanitaria, ya proporcionen acceso o servicios, tienen la obligación permanente de contribuir a la mejora de su calidad (Smith, Hiatt & Berwick, 1999).

#### 4. Conclusiones

La formación de los profesionales de la salud demanda un componente más activo en torno a conceptos como justicia social, justicia distributiva y justicia global. La formación de los profesionales de la salud debe combinar en los currículos la visión de la bioética clínica con la bioética social, en un enfoque holístico e interdisciplinar que aborde la complejidad moral de los determinantes sociales de los procesos de salud y enfermedad. Los estudiantes de las profesiones relacionadas con la salud deben aproximarse críticamente a la dimensión moral de la distribución de los recursos de salud y la confección de los sistemas sanitarios.

Se requiere de la comprensión del proceso salud enfermedad como un fenómeno histórico y social. El hilo conductor de las acciones de los profesionales de la salud es la protección de la dignidad y los derechos humanos como aspiraciones éticas universales y como capacidades centrales necesarias para el despliegue de capacidades humanas individuales. La educación en justicia debe articular la dimensión deontológico-principialista con la dimensión afectiva y motivacional. El profesional de la salud debe obrar como defensor de los derechos de los pacientes dentro del sistema de salud y debe desarrollar capacidades para identificar e intervenir las causas que perpetúan las inequidades. La temática de la justicia y equidad en salud debe ser abordada desde distintas dimensiones como el concepto salud-enfermedad y los modelos de atención en salud. Las estrategias pedagógicas y de evaluación deben apuntar a la formación integral del profesional de la salud, expresada en conocimientos, habilidades, actitudes y sentimientos. La educación de los profesionales de la salud debe promover una subjetividad cosmopolita que permita la lectura crítica de los mecanismos globales que determinan las inequidades en salud, así como las oportunidades para su corrección.

## Bibliografía

- Asociación Médica Mundial (2005). *Declaración Lisboa. 200ª Sesión del Consejo de la AMM*. Oslo, Noruega.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
- Bentham J. (1907 [1823]). *Principles of Morals and Legislation*. Oxford: Clarendon Press.
- Campos-Navarro, R. (2004). Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. En G. Fernández-Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 129-151). Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). *Observación general N° 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* (22º período de sesiones, 2000). Doc. E/C.12/2000/4. Ginebra: Naciones Unidas.
- Couceiro, A. (2006). Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(3), 61-74.
- Currat, L. J. (2006). The global health situation in the 21st century: aspects from the global forum on health research and the world health organization in Geneva. *International Review of Mission*, 95(376/377), 7-14.
- Dancy, J. (2004). Una ética de los deberes prima facie. En P. Singer (Ed.), *Compendio de ética* (pp. 309-322). Madrid: Alianza Editorial.
- Daniels, N., Kennedy, B. & Kawachi, I. (2006). Health and Inequality, or, Why Justice is Good for Our Health. En S. Anand, F. Peter & A. Sen (Eds.), *Public Health, Ethics, and Equity* (pp. 78-80). New York: Oxford University Press.
- Deaton, A. (2015). *El Gran escape. Salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad*. México: Fondo de Cultura Económica de México.
- D'Empaire, G. (2010). Calidad de atención médica y principios éticos. *Acta Bioethica*, 16(2), 127-132.
- Dykes, D. C. & White, A. A. (2011). Culturally Competent Care Pedagogy. What Works? *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 469, 1813–1816.

Emanuel, E. & Annette, R. (2014). Why Should High-Income Countries Help Combat Ebola? *JAMA*, 312(13), 1298.

Etxeberria, X. (2008). *Por una ética de los sentimientos en el ámbito público*. Bilbao: Akeaz.

Etxeberria, X. (2010). Prólogo. En S. Harillo, J. Prieto & J. Ugarte (Coord.), *Historias que nos marcan. Las víctimas del terrorismo en la educación para la paz. Guía didáctica para educación secundaria*. Bilbao: Bakeaz.

Farmer, P. (2003). *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press.

Follesdal, A. & Pogge, T. (Eds.) (2005). *Real World Justice. Grounds, Principles, Human Rights, and Social Institutions*. Dordrecht: Springer.

Gracia, D. (2014). Pedagogía Deliberativa. En A. Blanco Mercadé & M. P. Núñez Cubero (Eds.), *La bioética y el arte de elegir* (pp. 165-185). Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.

Heller, A. (1996). *Una revisión de la teoría de las necesidades*. Barcelona: Paidós.

Hernández-Álvarez, M. (2008). El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud. *Revista de salud pública*, 10(1), 72-82.

Hixon, A. L., Yamada, S., Farmer, P. E. & Maskarinec, G. G. (2012). Social justice: The heart of medical education. *Social Medicine*, 7(3), 183-191.

Hunt, P. (2014). Conferencia: Rendición de cuentas, transparencia y el derecho a la salud. En Cuarto Encuentro Latinoamericano sobre Derecho a la Salud y Sistemas de Salud, Bogotá, Colombia, abril 2014. Obtenida el 4 de septiembre de 2015 de <http://sdbiblioteca.org/index.php/ju-download/3-videos/105-conferencia-de-paul-hunt-rendicion-de-cuentas-transparencia-y-el-derecho-a-la-salud>

Hunter, D. & Dawson, J. A. (2011). Is there a need for global health ethics? For and against. En S. Benatar & G. Brocke (Eds.), *Global Health and Global Health Ethics* (pp. 77-88). New York: Cambridge University Press.

Kottow, M. (2011). Bioética pública: una propuesta. *Revista Bioética (Impr.)*, 19(1), 61-76.

Kottow, M. (2012). *From justice to protection. A proposal for public health bioethics*. New York: Springer.

- Laurell, A. C. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En Rodríguez, M. I. (Coord.), *Lo biológico y lo social* (pp. 1-12). Serie Desarrollo de Recursos Humanos, N°101. Washington: OPS/OMS.
- Lavados Montes, C. & Gajardo Ugás, A. (2008). El principio de justicia y la salud en Chile. *Acta bioethica*, 14(2), 208-210.
- Leget, C. & Hoedemaekers, R. (2007). Teaching medical students about fair distribution of healthcare resources. *Journal of Medical Ethics*, 33(12), 737-741.
- Lemmens, T. & Luther, L. (2008). Financial conflict of interest in medical research. En P. Singer & A. M. Viens (Eds.), *Cambridge textbook of bioethics* (pp. 222-230). New York: Cambridge University Press.
- Maldonado, M. E., Fried, E. D., DuBose, T. D., Nelson, C. & Breida, M. (2014). The role that graduate medical education must play in ensuring health equity and eliminating health care disparities. *Annals of the American Thoracic Society*, 11(4), 603-607.
- Martin D. K., Gibson, J. L. & Singer, P. A. (2008). Priority setting. En P. Singer & A. M. Viens, *Cambridge textbook of bioethics* (pp. 251-256). New York: Cambridge University Press.
- Mill, J.S. (1863). *Utilitarianism*. London: Savilly Edwards.
- Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2008). *El derecho a la salud. Folleto informativo N° 31*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2000). *Informe provisional del equipo especial sobre la UNESCO en el siglo XXI*. Paris: UNESCO.
- Osorio-Merchán, M. B. & López Díaz, A. L. (2008). Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index de Enfermería*, 17(4), 266-270.
- Patell, C. (2001). *Negative Liberties: Morrison, Pynchon, and the Problem of Liberal Ideology*. Durham: Duke University Press.
- Pelluchon, C. (2008). *L'autonomiebrisée. Bioéthiqueetphilosophie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Pogge, T. (1989). *Realizing Rawls*. Ithaca, New York: Cornell University Press.

- Portocarrero, J. (2010). Autonomía médica. Centro de Gestión Hospitalaria, *Vía Salud*, 51, 104-109.
- Puyol, Á. (2012). Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 178-181.
- Rawls, J. & Freeman, S. R. (1999). *Collected Papers*. Cambridge: Harvard University Press.
- Rawls, J. (1988). Las libertades fundamentales y su prioridad. En S. M. McMurrin (Ed.), *Libertad, igualdad y derecho* (pp. 9-90). Barcelona: Ariel.
- Rawls, J. (1999). *A Theory of Justice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Rueda, E. A. (2010). Ética pública e injusticia estructural en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 7978-84.
- Seeleman, C., Suurmond, J. & Stronks, K. (2009). Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. *Medical education*, 43, 229-237.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta.
- Sen, A. (2004). Why health equity? En S. Anand, F. Peter, & A. Sen (Eds.), *Public health, ethics and equity* (pp. 21-34). New York: Oxford University Press.
- Smith, R., Hiatt, H. & Berwick, D. (1999). Shared Ethical Principles for Everybody in Health Care: A Working Draft from the Tavistock Group. *British Medical Journal*, 318(7178), 248-51.
- Sommer, C., Boos, M., Conradi, E., Biller-Andorno, N. & Wiesemann, C. (2011). Care and justice: arguments in the ethical reasoning of medical students. *Ramon Llull Journal of Applied Ethics*, 2, 10-26.
- Stiglitz, J. (2012). *El precio de la desigualdad*. Madrid: Taurus.
- Suárez Acevedo, D. E. & Cardozo Alarcón, A. C. (2012). Aspectos éticos en discapacidad y derechos humanos: El rol del profesional de la salud. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 22(2), 155-163.
- Ulpiano (1973 [533 a.C]). *Digesta Iustiniani* [Digesto de Justiniano] (Libro I, Título I "De iustitia et iure", en Corpus Iuris Civilis, I). [Edición: Mommsen, T. (Ed.), Krueger, P. (Rev.), *Iustiniani Digesta*. Dublin-Zurich: Weidmannos.]
- Vandekerckhove, W. & Van Hooft, S. (2010). *Questioning cosmopolitanism. Studies in Global Justice*. New York: Springer.



Vroom, E. (2012). Global Health Equity and the Need for Interdisciplinary Medical Ethics Education: Do we Really Mean Everyone? *The International Journal of Science in Society*, 3(2), 137-146.

Walzer, M. (1983). *Spheres of Justice: A Defense of Pluralism and Equality*. New York: Basic books.

Weaver K. (2007). Ethical sensitivity: state of knowledge and needs for further research. *Nursing Ethics*, 14(2), 141-55.

Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *Determinantes sociales de la salud. Hechos probados*. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 10.

Wulff, H. R., Petersen, S. A. & Rosenberg, R. (2002). *Introducción a la filosofía de la medicina*. Madrid: Triacastela.

### Notas

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en la elaboración del presente trabajo, así mismo, declaran que el trabajo ha sido financiado con recursos propios.