

Equidad e igualdad sociales y sanitarias. Necesidad de un marco conceptual científico.

Adriana María Correa Botero, María Mercedes Arias Valencia y Jaime Carmona-Fonseca

Introducción

El proceso salud-enfermedad está atravesado por la determinación social o, según Bunge, causalidad social (1,2), y aunque el plano o dominio biológico es el más inmediato para observar y medir, no es el único ni el más importante en cuanto a la fuerza de determinación (1,3,4). Los estudios actuales relacionan “lo social y lo económico”, “la salud y lo social”, “justicia social y justicia económica” sin definirlos claramente, y son comunes términos como equidad, igualdad, justicia social. Además, en diferentes idiomas no tienen correspondencia o existen en una lengua, pero no en otra. En cuanto a la *pobreza*, se usa en diversos sentidos, en general, se refiere a una situación de insuficiencia de elementos necesarios o, en sentido figurado, alusivo a condiciones de humildad o falta de magnanimidad, elegancia o nobleza (5).

En el enfoque del materialismo histórico o realismo crítico, el nexo naturaleza-sociedad es esencial y permanente (6). Por su parte, Linares y López discuten “los conceptos de desigualdad e inequidad, partiendo de la noción de justicia social y de enfoques contemporáneos relacionados con la equidad en salud” (7); identifican la distribución desigual de los resultados de salud, el acceso a servicios y la calidad de la atención médico-sanitaria.

Adriana María Correa Botero. MSc, Grupo Salud y Comunidad-César Uribe Piedrahita, Universidad de Antioquia, Colombia Correo-e: adcorreab@gmail.com
María Mercedes Arias Valencia. PhD, Grupo Políticas y Servicios de Salud, Universidad de Antioquia, Colombia. Correo-e: mariamav@tone.udea.edu.co
Jaime Carmona-Fonseca. MSc, Grupo Salud y Comunidad-César Uribe Piedrahita, Universidad de Antioquia, Colombia. Autor para correspondencia: Correo-e: jamecarmonaf@hotmail.com

El objetivo de este escrito es precisar algunos conceptos fundamentales para la comprensión de categorías de condiciones de vida, justicia social, equidad/inequidad e igualdad/desigualdad¹ y mostrar la confusión existente. Además, se propone un enfoque teórico-metodológico de análisis que permite explicar las relaciones entre la salud-enfermedad, por un lado, y lo económico, político y social, por otro.

Definiciones de los conceptos

En el diccionario oficial del idioma español (DRAE, en línea: <http://www.rae.es/rae.html>) aparecen las siguientes definiciones: igual, desigual, igualdad, desigualdad, equidad, iniquidad y dispar (se anotan las acepciones pertinentes para el tema):

Igual (del lat. *aequālis*): 1. adj. De la misma naturaleza, cantidad o calidad de otra cosa. 7. adj. De la misma clase o condición. Se usa también como sustantivo. *Desigual*: 1. adj. Que no es igual. *Igualdad* (del lat. *aequalitas*, *-ātis*). 1. f. *Conformidad de algo con otra cosa* en naturaleza, forma, calidad o cantidad (subrayado nuestro). 2. f. Correspondencia y proporción que resulta de muchas partes que uniformemente componen un todo. ~ ante la ley. 1. f. Principio que reconoce a

¹Aquí usamos la expresión “equidad y desigualdad sociales y sanitarias”, pero podríamos usar también “equidad y desigualdad en la sociedad y la salud”. En la primera, sociales y sanitarias tienen el carácter de adjetivo; en la segunda, son sustantivos. La expresión sanitaria es correcta en español para significar (Del lat. *sanitas*, *-ātis*, sanidad). 1. adj. Perteneciente o relativo a la sanidad. A su vez, sanidad (Del lat. *sanitas*, *-ātis*). 1. f. Cualidad de sano. 2. f. Cualidad de saludable.

todos los ciudadanos capacidad para los mismos derechos. *Desigualdad*: 1. f. Cualidad de desigual.

Equidad (del lat. *aequitas*, -*ātis*). 3. f. Justicia natural, por oposición a la letra de la ley positiva. 5. f. Disposición del ánimo que mueve a dar a cada uno lo que merece.

Inequidad: no está aceptada en el DRAE, pero se entiende como la ausencia de equidad; se puede explicar su aparición desde la formación corriente de muchos antónimos en español que se crean anteponiendo el prefijo “in”, para significar privación o negación. Sí aparece *iniquidad*: (del lat. *iniquitas*, -*ātis*): 1. f. Maldad, injusticia grande (8). *Disparidad* (de *dispar*): 1. f. Desemejanza, desigualdad y diferencia de unas cosas respecto de otras.

Justicia (del lat. *iustitia*). 2. f. Derecho, razón, equidad. 4. f. Aquello que debe hacerse según derecho o razón.

Equidad es un concepto con múltiples definiciones, tales como igualdad social, justicia, ecuanimidad e imparcialidad, entre otros; pero *equidad* e *igualdad* no son sinónimos. “La *equidad* consiste en dar a cada uno lo que le corresponde por sus méritos o condiciones y supone no favorecer en el trato a uno perjudicando a otro” (9). El término *equidad* está indisolublemente ligado al derecho, a la práctica jurídica en la cual es uno de sus postulados básicos y está íntimamente ligado a la justicia (10), lo cual permite una relación con aspectos sociales, en este caso, de salud. La *justicia social*

... es un concepto aparecido a mediados del siglo XIX, referido a las situaciones de *desigualdad social*, que define la *búsqueda de equilibrio* entre partes desiguales, por medio de la creación de protecciones o desigualdades de signo contrario, a favor de los más débiles (11).

La igualdad

... es el derecho de toda persona (sujeto racional consciente) a ser tratado de idéntica manera, es el principio inspirador de todos los derechos económicos, sociales y culturales, su contravalor es la discriminación. La igualdad puede ser formal -jurídica y política- y real o material; la primera consiste en que las

leyes y los derechos políticos sean los mismos para todos los ciudadanos, sin distinción de nacimiento, situación social o fortuna; la segunda, en que los hombres tengan la misma fortuna, instrucción, salud, etc. La igualdad absoluta se considera como una utopía, con base en que hay diferencias entre los hombres que son dadas por la naturaleza y no pueden borrarse, edad, sexo, etc. (12).

La consideración de la idea de *igualdad* en la política pública debe hacer consciente de qué tipo de igualdad se trata, en este punto consideramos que se debe avanzar, puesto que las políticas son incompletas o ambivalentes, como es el caso de la igualdad de géneros, para la cual hay múltiples y conflictivas interpretaciones con sus correspondientes consecuencias en referencia a las relaciones existentes y los "ideales" y mecanismos igualitarios (13). La gran pregunta sobre la igualdad incluye: ¿Igualdad en qué? ¿Se trata de igualdad de condiciones de las personas y grupos, o será igualdad de oportunidades para ellos? ¿Habrá que juzgar por la igualdad de resultados de las personas y grupos?

En contraste, la *inequidad social* se define como una situación en la que no todas las personas y ciudadanos de una misma sociedad, comunidad o país tienen los mismos derechos, obligaciones, bienes, beneficios o acceso a tales (14). Para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud la *inequidad social* es la existencia de diferencias injustas y evitables en el acceso a bienes, servicios y oportunidades (15), lo cual también implica la aceptación cuestionable de la existencia de diferencias justas e ineludibles en el acceso referido.

Por su parte, “... la *desigualdad* es el trato desigual o discriminatorio de un individuo hacia otro debido a su posición social, económica, religiosa, sexo, raza, entre otros” (16). En el mismo sentido, la *desigualdad social* se refiere “a una situación socioeconómica, no necesariamente jurídica”(16). “La acción de dar un trato diferente a personas entre las que existen desigualdades sociales, se llama *discriminación*. Esta discriminación puede ser positiva o negativa, según vaya en beneficio o perjuicio de un determinado grupo” (16).

Los debates acerca de la equidad giran en torno a una variable focal (por ejemplo, la riqueza o la libertad), a partir de la cual se establecen comparaciones y juicios. La noción prevaleciente es que todas las personas son iguales y que las diversidades sólo se incorporan en segunda instancia (9). Breilh sitúa la discusión en procesos sociales y afirma que la equidad/inequidad alude al carácter y modo de devenir de una sociedad que determina el reparto y el acceso en condiciones de igualdad/desigualdad, siendo ésta la consecuencia de la primera (1). Para Yamín y colaboradores, “*inequidad en salud*, es el grado de disparidad en la esperanza de vida saludable^{II} entre las poblaciones” (17). Sen sostiene que “la enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social” (18).

Para Hernández Álvarez, “la equidad en salud expresa la justicia social predominante en una sociedad” (19) y agrega que pensar la salud como ausencia de enfermedad limita la revisión de los servicios de atención en salud, o mejor, de atención de la enfermedad, sin posibilidades para desarrollar proyectos de vida. Por esta razón, critica a Margareth Whitehead para quien la equidad en salud es “la ausencia de desigualdades innecesarias, injustas y evitables” y a Paula Braveman y Sofia Gruskin quienes la definen como “la ausencia de disparidades sistemáticas en salud (o sus determinantes) entre grupos sociales más o menos aventajados, en función de la riqueza, el poder o el prestigio”. El autor aduce que son definiciones ambiguas y subjetivas que se limitan a la suma de elementos (19-20).

^{II} La esperanza de vida saludable es el promedio de la cantidad de años que vive una determinada población en un cierto periodo de tiempo (http://es.wikipedia.org/wiki/Esperanza_de_vida), pero incluye un ajuste para tener en cuenta el tiempo vivido con mala salud. Refleja el número equivalente de años de perfecta salud que puede preverse que vivirá un recién nacido con base en las tasas de mortalidad del momento y de la distribución de la prevalencia de los distintos estados de salud en la población (http://apps.who.int/whosis/database/country/compare.cfm?strISO3_select=ECU&strIndicator_select=HALE0Male.HALE0Female&language=spanish&order_by=strCountryName%20ASC).

Peter y Evans propusieron cuatro enfoques filosóficos-morales relacionados con la *equidad en salud*: utilitarista, igualitarista, desde la perspectiva de la prioridad, y derivado del ideal *rawlsiano* de sociedad. Los tres primeros enfoques proporcionan perspectivas sobre la equidad en salud como un objetivo social independiente y se centran en un patrón distributivo de los resultados finales, lo cual contrasta con el enfoque *rawlsiano* que sitúa el objetivo de la equidad en salud en el contexto de una búsqueda más amplia de justicia social (21).

Bambas y Casas han propuesto criterios para evaluar la equidad/inequidad en salud y enfatizan que las diferencias en la distribución deben ser evitables, no deben reflejar la libre elección y debe haber un agente responsable: criterios de análisis de una distribución dada (22). La inequidad hace pensar en diferencias injustas y evitables(14).

Amartya Sen afirmó en el 2002 en su libro *Inequality reexamined* que la *justicia* tiene verdadera credibilidad si se valora la igualdad en algún espacio importante para cada cual; todos queremos igualdad según la propia filosofía. El paso fundamental consiste en especificar el ámbito en el que hay que buscar la *igualdad* y, las reglas a seguir para definir *lo equitativo* en los aspectos agregativo y distributivo (18). Las preguntas ¿Igualdad de qué? y ¿Equidad de qué forma? dependen del contenido de las respectivas teorías.

Arrieta-Castañeda dice que el edificio analítico y normativo lo levanta Sen sobre la base de dos ejes: a) crítica a la corriente utilitarista reduccionista, tanto en la concepción de las motivaciones de las personas, como en la propia concepción de la utilidad; y b) completa la obra de John Rawls, del que critica su insensibilidad ante las distintas capacidades de los individuos para transformar los bienes primarios. Lo fundamental de la defensa que hace de la igualdad es que la plantea en términos de libertad (23).

Bambas y Casas afirman que la igualdad puede ser o no equitativa; por tanto, se requiere una justificación ética del por qué una distribución constituye o no una inequidad. Estos autores hablan de *equidad horizontal*, que es la asignación o distribución igual o equivalente de recursos para necesidades iguales, y *equidad vertical*, que es la

asignación de recursos diferentes para los diferentes grados de necesidad. Esta última tiene un mayor potencial para la redistribución de recursos por lo que, generalmente, se enfrenta a más obstáculos políticos (22).

González expresa que la *equidad* tiene dos percepciones: la versión estrecha es compatible con la lógica del mercado y se refleja muy bien en el pensamiento económico de Hal R. Varian; en sentido amplio, se inspira en autores como Sen y Van Parijs (24).

Sen relaciona la equidad con la igualdad de oportunidades y con la posibilidad de extender el espacio de las capacidades y realizaciones. Si el conjunto de capacidades se amplía, la libertad real crece. Para Sen la equidad obliga a romper con la visión convencional del mercado, primero, porque el campo de la equidad no es el de la dimensión subjetiva de la envidia, al que lo reduce Varian, y, segundo, porque la equidad riñe con la eficiencia (...) (24).

Sen relaciona y sustenta el concepto de *capacidad* y afirma que un gobierno se juzga en función de las *capacidades concretas de sus ciudadanos*. Esta teoría se enfoca en la libertad positiva, que es la capacidad real de una persona de ser o de hacer algo, en vez de la libertad negativa, que es común en economía y se centra simplemente en la no interferencia; no basta que la constitución y las leyes declaren el derecho a la equidad, o a la justicia social, hay que establecer si las gentes tienen la capacidad para ejercer adecuada y oportunamente ese derecho. Sen dice que “el conjunto de capacidades de una persona se puede definir como el conjunto de vectores de realización a su alcance” (25).

Por su parte, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CDSS) afirma que

... la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países son provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan

las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda (...)) y a la posibilidad de tener una vida próspera (26)

Plantea que para lograr la equidad en salud se necesitan políticas sociales de empoderamiento y una redistribución de la riqueza social (27). A pesar de proponer una perspectiva tan amplia, reduce su acción a factores de riesgo, por lo cual, Breilh tipifica la postura de la CDSS como neocausalista, en la cual los determinantes sociales se reducen a factores de riesgo externos dejando de lado el análisis. También señala que la postura de la CDSS

... limita el problema de las desigualdades a un carácter distributivo, de forma que su crítica implica al mismo tiempo que tolera la mala distribución; fragmenta la realidad en factores, que aislados pierden su capacidad explicativa porque se diluyen en los procesos socio históricos de los que forman parte; no comprende la configuración, dinámica y momento del desarrollo capitalistas, por lo que llega a recomendaciones abstractas, y, finalmente, no problematiza que la reducción de las desigualdades sociales y en salud tiene los límites del capitalismo y de las formaciones capitalistas particulares (28).

El proceso social de determinación de la inequidad y su expresión final como desigualdad

En el enfoque de la Salud Colectiva y la Epidemiología Crítica latinoamericanas, la inequidad/desigualdad económica son la base de las demás inequidades/desigualdades o, por lo menos, la más importante, postura que nos convoca porque expone diferencias epistemológicas y teóricas e implicaciones políticas y éticas; además estudia y toma en cuenta el contexto y los modos de vida, las representaciones individuales y colectivas y mira la salud con un enfoque multidimensional (1, 28-30). Dicha perspectiva tiene influencia del materialismo

histórico, para el cual la desigualdad se centra en la propiedad sobre los medios de producción:

Mientras el propietario tenía la tierra, la máquina y el dinero para comprar la fuerza de trabajo de los trabajadores, éstos sólo tenían su cuerpo y sus capacidades (19).

Frente a las desigualdades en salud y en el acceso a los servicios de atención, Bambas y Casas afirman que las personas no se enferman al azar, sino en relación con su vida, trabajo, medio ambiente, contexto político y social (22).

La inequidad no se refiere solamente a la injusticia en el reparto y acceso, sino al proceso intrínseco que la genera. La inequidad alude al carácter y modo de ser de una sociedad que determina las desigualdades sociales, su consecuencia (27).

Esta es la brecha entre los conceptos de la CDSS y los de la Salud Colectiva y la Epidemiología Crítica latinoamericanas, para las que esta visión de la CDSS reduce el análisis a los efectos, pierde los procesos de determinación y no aborda el problema de fondo que es la inequidad (27). González Guzmán agrega:

La desigualdad es una injusticia en el acceso, una exclusión producida frente al disfrute, una disparidad en la calidad de vida, mientras que la inequidad es la falta de equidad, es decir la característica inherente a una sociedad que impide el bien común. La inequidad es la injusticia produciendo desigualdades (27).

La inequidad genera la desigualdad que es la característica evidente, observable y medible, pero para entenderla hay que conocer la inequidad que la está produciendo. “Las desigualdades se miden, las inequidades se juzgan”(27). La inequidad surge de la apropiación del poder y de la riqueza, lo cual genera clases sociales y discriminación.

Desde la perspectiva de la Salud Colectiva, Naomar de Almeida Filho sostiene que la desigualdad económica es la base de la desigualdad social, y que lo económico ocupa un plano superior de determinación (3-4); Berlinguer,

en 1989, citado por Sopransi y Veloso, asegura que “un hecho evidente es que la desigualdad, la explotación y la opresión se unen para producir o agravar las enfermedades” (31); Marchiori-Buss considera que “las desigualdades en salud se verifican tanto en niveles de salud y nutrición (morbilidad, discapacidad, mortalidad) como en el acceso a servicios sociales y de salud” (32); como postula Breilh, bajo el enfoque del materialismo histórico o realismo crítico (término este último proveniente de la obra de Roy Bhaskar), las condiciones de vida y salud/enfermedad constituyen una expresión del desarrollo económico, político ideológico y social (28); las *condiciones de vida se producen colectivamente* y en ese proceso se determina la distribución de bienestar o de sufrimiento a la que acceden los grupos (1).

Es necesario comprender que las condiciones de vida de un grupo/clase social no se crean y controlan por ese grupo/clase, sino que se derivan de la estructura general, del modo de producción económica y de organización social de la sociedad; como consecuencia, en lo micro, las condiciones de vida de una familia no son generadas por ella ni están bajo su control. Todos estos conceptos y argumentos soportan la conciencia de la determinación estructural que pesa sobre las realidades concretas macro y micro, de un lado y económicas y de salud, de otro.

Anota Breilh que los grupos económicos determinan los distintos modos y estilos de vida y la capacidad de producción y reproducción social (1). La equidad/inequidad que disfruta/padece un grupo en un momento histórico determinado, resulta de las relaciones de clase y de su historia sociocultural, entre otras. Estas relaciones son el marco dentro del cual puede moverse el libre albedrío de una familia y su cotidianidad (1). Así, existe un condicionamiento del *modo de vida* de cada clase/grupo social^{III} sobre los estilos de vida

^{III} Modo de vida: son los procesos estructurados del modo de vivir característico de distintos grupos sociales. Es un concepto que no se queda en las conductas individuales ante la salud, sino que va más allá, incluyendo las dimensiones socio-históricas, englobando la dimensión de las clases sociales y las relaciones sociales de producción, y considerando los

personales-familiares, por lo que éstos no pueden reducirse a variables independientes.

La *desigualdad* (expresión observable o categoría empírica) y la *inequidad* están determinadas por la *reproducción social*, proceso de intercambio orgánico del sujeto social con la naturaleza realizado en el consumo (producción de sujeto social) y en la producción (desgaste del sujeto social). Por *proceso de reproducción social* se entienden los procesos económicos, políticos, culturales, ideológicos, de organización social y ambientales que participan en la regeneración de las clases/grupos sociales de una formación social específica (1). Las *condiciones de vida* son las condiciones materiales en las cuales el individuo desarrolla la cotidianidad, determinadas por la dinámica social y mediadas por el proceso de reproducción social (29). Las desigualdades sociales y la inequidad que las genera son las condiciones de vida determinadas por “las fuerzas políticas sociales y económicas” (3-4). Con razón, Marchiori-Buss afirma que

... las fuerzas del mercado y el libre comercio decididamente no resolverán la pobreza en el mundo ni siquiera la reducirán a niveles tolerables, sólo la equidad es capaz de aumentar la capacidad de reducir la pobreza (32).

En lo micro, en una misma clase social, las relaciones de género crean patrones de inequidad distintos, tanto en el mundo del trabajo remunerado como en el ámbito doméstico (30).

Como ya se planteó, la Medicina Social y la Epidemiología Crítica quieren medir la desigualdad y la inequidad de manera radicalmente diferente a la CDSS y a los demás enfoques positivistas que se basan en los intereses de la economía capitalista. Para el realismo crítico, la inequidad y la desigualdad cambian históricamente en una misma y de una a otra formación social y crea tres niveles de realidad en los cuales operan los procesos sociales y los operacionaliza como a continuación se describe:

aspectos simbólicos de la vida cotidiana en la sociedad (4, 5).

1) El primer nivel de determinación corresponde a los *procesos singulares o individuales*, comprende los problemas de desigualdad, de salud, de seguridad alimentaria, etc.; este *dominio singular se refiere a cinco clases de procesos bio-sico-sociales* del nivel individual-familiar:

- a) Itinerario típico personal
- b) Patrón individual y familiar de consumo
- c) Concepciones sobre valores personales y familiares
- d) Itinerario ecológico personal y familiar
- e) Capacidad de organizar las acciones en defensa en la salud (29).

2) El segundo nivel de determinación es el de los *procesos particulares o grupales*, que explican procesos individuales, medioambientales y del agente como resultado de la acción de la sociedad sobre esta naturaleza y, por tanto, determinado por la forma de producir y consumir del grupo social en un momento histórico específico. Este dominio de los procesos particulares se refiere a la dimensión del *modo de vida* que tiene cinco componentes que aportan la información y los datos clave para construir la *matriz de determinantes sociales* (también llamada *matriz de procesos críticos*) (29) que permite identificar la clase social a la que pertenecen el individuo y su familia.

3) El tercer nivel de determinación se denomina el *proceso general*, y se refiere a la estructura económica de cada sociedad según la determinan las relaciones sociales de producción y el proceso de distribución y consumo de los bienes y servicios. Este dominio o proceso estructural se refiere a las dimensiones económica, social, cultural, ideológica y ambiental y a sus relaciones con la salud-enfermedad (29).

En síntesis, la Epidemiología Crítica aporta a las categorías teóricas de desigualdad e inequidad y propone unos niveles de realidad que operacionaliza, en contraste con el enfoque funcionalista positivista centrado en los “*factores de riesgo*” que toma la desigualdad y los fenómenos de pobreza, salud, acceso a los servicios etc., como simples “*variables*” sociales “relacionadas”, sin preguntarse por la inequidad que los genera.

Conclusiones

En años recientes ha crecido el interés por estudiar las relaciones entre lo social, lo económico y la salud. No obstante, dicho interés no incluye la preocupación por las implicaciones teóricas y prácticas de la conceptualización; así, los conceptos de equidad, igualdad y justicia social se usan prescindiendo del contexto y de su relación con procesos estructurales. Dichos conceptos se refieren como sinónimos y se prescinde de su definición.

La expresión justicia social es de uso más reciente y se refiere a las situaciones de desigualdad social, a la búsqueda de equilibrio entre partes desiguales, es decir, de acuerdo con sus respectivas necesidades, lo cual implica acciones sociales y de salud diferenciales para corregir desigualdades de partida; medidas no necesariamente iguales, pero conducentes a la igualdad en términos de derechos, beneficios, obligaciones y oportunidades.

Equidad e igualdad no son equivalentes ni son reducibles a simples “variables” o “factores de riesgo”, como los entienden los enfoques conceptuales y metodológicos derivados del positivismo lógico hegemónico. El enfoque del realismo crítico de la Salud Colectiva y la Epidemiología Crítica latinoamericanas ofrece un marco teórico y un modelo operativo para distinguir los conceptos y muestra cómo la equidad/inequidad es el proceso social que genera la igualdad/desigualdad. Por su parte, la teoría sobre los modos de vida de A. Filho aporta para el análisis del ámbito micro en el cual tienen expresión concreta y cotidiana estos fenómenos.

Enfatizamos en la determinación económica que resalta el concepto de necesidad, subrayamos los aportes de Sen y la *capacidad (capability)* como categoría, que trae de inmediato el concepto de condición y de condiciones que han de reunir para tener o ejercer la capacidad. A su vez, su aproximación a las capacidades proviene de la teoría rawlsiana de las libertades, libertad positiva, la capacidad real de una persona de ser o de hacer algo y la libertad negativa, usada por la economía para centrar la no interferencia. Por último, afirmamos con Bambas y Casas que la igualdad puede ser o no equitativa y que la equidad puede

ser *equidad horizontal*, la distribución de recursos iguales para necesidades iguales, y *equidad vertical*, la asignación de recursos diferentes para grados diferentes de necesidad, postura que provee mayor potencial para construir justicia distributiva.

Financiación

Este artículo aborda conceptos trabajados para varias investigaciones del Grupo Salud y Comunidad sobre malaria gestacional y placentaria sobre condiciones de vida de la población de zonas palúdicas y otros temas afines. La presente investigación teórica fue financiada por: Universidad de Antioquia; Universidad de Antioquia-Comité para el Desarrollo de la Investigación CODI (código SIU32-1-161); Dirección de Regionalización (código IIM 2465); Facultad de Medicina (código IIM 2484); Estrategia de Sostenibilidad Universidad de Antioquia 2009-2010.

Referencias

1. Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
2. Bunge M. Causalidad. El principio de causalidad en la ciencia moderna. Buenos Aires: EUDEBA; 1978.
3. Almeida Filho N, Lemus JD. Epidemiología sin números: una introducción crítica a la ciencia epidemiológica. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992.
4. Almeida Filho N. A clinica e a epidemiologia. Río de Janeiro: APCE/ABRASCO; 1992.
5. Vargas FG. Dicionário de ciências sociais. Río de Janeiro: Instituto de Documentacao, Editora FGV; 1986.
6. Foster JB. La ecología de Marx: materialismo y naturaleza. Madrid: Editorial El Viejo Topo; 2004.

7. Linares-Pérez N, López-Arellano O. Health equity: conceptual models, essential aspects and the perspective of collective health. *Social Medicine*. 2008;3(3):194-206.
8. de Alba JGM. Minucias del lenguaje: igualdad, equidad, desigualdad, inequidad, iniquidad. Fondo de Cultura Económica, Academia Mexicana de la Lengua. Accessed on: December 23, 2012. Available from: <http://www.fondodeculturaeconomica.com/obras/suma/r2/buscar.asp?idPALABRA=123&starts=I&word=igualdad, equidad, desigualdad, inequidad, iniquidad>.
9. López Pardo CM. Conceptualización y valoración de la equidad en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2007;33(3).
10. Equidad in Wikipedia. Accessed on: December 20, 2010; Available from: <http://es.wikipedia.org/wiki/Equidad>.
11. Justicia Social in Wikipedia. Accessed on: December 1, 2010. Available from: http://es.wikipedia.org/wiki/Justicia_social.
12. Igualdad in Diccionario Instructivo de Ciencias Sociales. Accessed on: December 21, 2010. Available from: <http://www.dicciobibliografia.com/Diccionario/Definition.asp?Word=IGUALDAD>.
13. Fernández-Shaw JL. El concepto de equidad. Sesión 1. La Igualdad in Live Community. Accessed on: August 27, 2010. Available from: <http://community.livejournal.com/equidad>.
14. López Arellano O. Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas. XI curso-taller OPS/OMS-CIESS: Legislación de salud: marco regulatorio para la extensión de la protección social en salud; Mexico City: PAHO; 2005.
15. Balladelli PP, Guzmán JM, Korc M, Moreno P, Rivera G. Equidad en salud para las minorías étnicas en Colombia: experiencias de acción intersectorial en Colombia para la equidad en salud de las minorías étnicas. Bogotá: PAHO, 2007.
16. Desigualdad social in Wikipedia. Accessed on: December 21, 2010. Available from: http://es.wikipedia.org/wiki/Desigualdad_social.
17. Yamin A, Ríos M, Hurtado R. Derechos humanos y salud: vinculando dos perspectivas. Lima, Perú: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, APRODEH, Consorcio de Investigación Económica y Social; 2002.
18. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002;11(5-6):302-9.
19. Hernández-Álvarez M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Rev Salud Pública*. 2008;10.
20. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57(4):254-8.
21. Peter F, Evans T. Dimensiones éticas de la equidad en salud. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. *Desafío a la falta de equidad en salud*. Publicación científica 585. Washington, DC: Fundación Rockefeller, PAHO; 2002. p. 27-36.
22. Bambas A, Casas JA. Assessing equity in health: conceptual criteria. *Equity and health: Views from the Pan American Sanitary Bureau*. Washington, DC: PAHO; 2001. p. 12-21.
23. Arrieta-Castañeda R. La teoría de la justicia de Amartya Sen. Accessed on: February 9, 2009; Available from: <http://iusconstifil.blogspot.com/2009/02/la-teoria-de-la-justicia-de-amartya-sen.html>.

24. González JI. La salud, el aseguramiento y la equidad. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública, Observatorio de Equidad. Accessed on: December 1, 2010; Available from:
<http://www.revmed.unal.edu.co/equidad/index.html>.
25. Sen A. Commodities and capabilities. Amsterdam; New York: North-Holland; 1985.
26. World Health Organization. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2008.
27. Guzmán RG. La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Medicina Social. 2009;4(2):135-43.
28. Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud; Mexico City: ALAMES; 2008.
29. Breilh J. Epidemiología, economía, medicina y política. 3rd ed. Mexico City: Fontamara; 1989.
30. Breilh J. El genero entrefuegos: inequidad y esperanza. Quito, Ecuador: CEAS; 1996.
31. Sopransi MB, Veloso V, editor. Trabajar en salud desde los movimientos sociales: cotidianeidad e integralidad hacia el cambio social. Terceras Jornadas de Jóvenes Investigadores, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Instituto Gino Germani. Accessed on: December 21, 2010. Available from:
http://webiigg.socials.uba.ar/iigg/jovenes_investigadores/3JornadasJovenes/Template/Eje cambio-conflicto-orden/SOPRANSI-ORDEN.pdf.
32. Marchioni Buss P. Globalización, pobreza y salud. Salud Colectiva. 2006;2(3):281-98.

Recibido: 12 de septiembre de 2011.

Aprobado: 21 de noviembre de 2011.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social

Salud Para Todos