

Teorías de la justicia distributiva: una fundamentación moral del derecho a la protección de la salud

Theories of distributive justice: a moral foundation of the right to healthcare

Alejandra Zúñiga-Fajuri

*Universidad de Valparaíso, Chile; Universidad Diego Portales, Chile /
alejandra.zuniga@uv.cl*

Abstract: This essay examines the proposals developed by two of the main theories of distributive justice -libertarianism and egalitarian liberalism- with the purpose of reviewing the possible moral foundations of the right to health care. While libertarianism -which supports “health care mercantilism”- guarantees the idea that the State leaves the distribution of health care to the market, egalitarian liberalism tries to lay the foundations of a direct obligation of the State to guarantee this right, supported on the principle of equality of opportunities developed by Rawls.

Key words: health care right, libertarianism, egalitarian liberalism, equality of opportunities.

Resumen: En este artículo se analizan las propuestas desarrolladas por dos de las principales teorías de la justicia distributiva vigentes en la actualidad —el libertarismo y el liberalismo igualitario—, con el fin de revisar los posibles fundamentos morales del derecho al cuidado sanitario. Mientras la teoría de la justicia del libertarismo —que da pie al llamado “mercantilismo sanitario”— avala la idea de que el Estado deje la distribución del cuidado sanitario al libre mercado, el liberalismo igualitario pretende cimentar una obligación directa para el Estado de garantizar un derecho a “cuidado sanitario mínimo” para todos, con base en el principio de igualdad de oportunidades desarrollado por Rawls.

Palabras clave: derecho al cuidado sanitario, libertarismo, liberalismo igualitario, igualdad de oportunidades.

Introducción¹

La importancia del cuidado sanitario en la vida de las personas es tal que requerimos ser capaces de fundamentar y justificar, desde la teoría política, la existencia de un “derecho” a la protección de la salud cuya distribución, en tanto derecho fundamental, no se deje a manos del mercado. En lo que sigue se revisarán las propuestas —en clásico conflicto— desarrolladas por dos de las principales teorías de la justicia distributiva vigentes en la actualidad: el “libertarismo” y el “liberalismo igualitario”.

Analizar la teoría de la justicia del libertarismo resulta necesario, pues sirve de apoyo a las tesis del llamado “mercantilismo sanitario”, las cuales avalan la idea de que el Estado deje la distribución del cuidado sanitario al libre mercado, renunciando a su política impositiva tendiente a asegurar a los más pobres un mínimo sanitario decente. Por su parte, el liberalismo igualitario busca fundamentar una obligación directa para el Estado de mantener adecuadamente un sistema sanitario que garantice el “derecho al cuidado sanitario mínimo” para todos, con base en el principio de igualdad de oportunidades propuesto por Rawls.

En la actualidad, el desarrollo de las políticas públicas de salud en el mundo occidental refleja la pugna permanente entre estas dos teorías de la justicia. Ello se aprecia en las políticas discordantes sugeridas por organismos como el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud. El primero, como se verá, aboga por la instauración del libertarismo sanitario, y el segundo, en cambio, por promover el establecimiento de un sistema sanitario público de carácter universal, fundado en la teoría del liberalismo igualitario de Rawls.

El libertarismo y el derecho al cuidado sanitario

Para comprender los alcances de la teoría de la justicia libertarista² puede resultar útil echar un vistazo a uno de los sistemas sanitarios que con mayor

1 Este artículo forma parte del proyecto de investigación núm. 11080005, financiado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico de Chile (Fondecyt), titulado “Teorías de la justicia y Reforma Sanitaria AUGE”.

2 Para Will Kymlicka son *libertaristas* (*libertarianism*) aquellos que defienden el libre mercado y se oponen a la utilización de los mecanismos de redistribución mediante impuestos que los “liberales igualitarios” usarían para implementar sus teorías (2002: 101-2). Por su parte, Gargarella considera que la expresión “libertarista” se usaría como sinónimo de “liberal conservador”, es decir, liberales que defienden la inviolabilidad de la propiedad privada y la actuación mínima del Estado (1999: 45).

rigor se adecua a sus postulados y principios de distribución de recursos: el sistema sanitario en los Estados Unidos de Norteamérica. Éste responde, en gran medida, a un modelo de justicia distributiva que considera que la actividad del Estado debe estar limitada al mantenimiento del orden público y a la defensa de los derechos de propiedad y libertad evitando intervenir, por medio de mecanismos redistributivos, en el reconocimiento y garantía de derechos positivos. Para quienes carecen de medios para costear la compra de servicios como cuidado sanitario, previsión, vivienda, etc., la teoría tiene una clara respuesta: la beneficencia.³

Si bien el gasto sanitario nacional per cápita en los Estados Unidos es el más alto del mundo,⁴ existen casi 47 millones de habitantes que no están asegurados y cerca de 25 millones que poseen una cobertura insuficiente para sus necesidades. De este modo, cuando alguien sin seguro se enferma está obligado a pagar los costes médicos de su propio bolsillo, provocando que la mitad de todas las bancarrotas privadas en EU se deba, en parte, a los gastos médicos.⁵ Por cierto, en general, las mujeres y las minorías raciales tienden a conformar una mayor porción de los no asegurados, pues, al tratarse de la única democracia industrializada moderna sin alguna forma de seguro sanitario universal “en casi todo el país, los ciudadanos carecen de derechos o garantías legales de acceso a cuidado sanitario excepto el relacionado con la evaluación y tratamiento por parte de los departamentos de emergencia de

3 El problema de la apelación a la compasión ajena para ayudar a quienes carecen de medios para costear cuidado sanitario es que nos pide que transformemos la beneficencia en un “principio de justicia”, en el cual los menos afortunados son presentados como merecedores de su precaria situación y como sujetos pasivos quienes deben sentirse conformes con lo que los de mejor suerte estén dispuestos a darles. Además, como la caridad es un acto naturalmente voluntario donde el nivel de esfuerzo y compromiso está arbitrariamente determinado por quienes creen que deben compartir sus recursos, los servicios que se entregan son muy inferiores a aquellos financiados por el Estado o los seguros privados, aumentándose la brecha de desigualdad social.

4 En 2007 el país gastó 1,5 billones de euros en sanidad. Esta cantidad equivale a 16,2% del PIB, lo cual constituye casi el doble de la media de otros países de la OCDE. Sin embargo, a pesar de que la diferencia de su PIB invertido en cuidado sanitario con países como Costa Rica es enorme (alrededor de US\$ 21.000), la expectativa de vida en Costa Rica excede la de los Estados Unidos, 76.6 a 76.4 (Daniels, 2002: 11-12).

5 Aproximadamente 70% de la población del país está cubierta por seguros de salud privados, y la mayoría de la cobertura para estos servicios de salud se obtiene mediante el empleo. De este modo, se exige que el asegurado pague parte de la prima de seguro y que el empleador pague la parte restante. La ley no exige que el empleador proporcione seguro (OPS, 2002).

los hospitales, si es que logran, de alguna manera, ingeniárselas para acceder a ellos” (Vladeck y Fishman, 2002: 102).

Quienes defienden el actual sistema sanitario en los Estados Unidos frecuentemente utilizan los argumentos y razonamientos del libertarismo. ¿Cuáles son las bases de esta teoría? Uno de sus más destacados representantes, Robert Nozick, rechaza la existencia de derechos de prestación, pues defiende que las concepciones amplias de igualdad pondrían limitaciones inadmisibles a la libertad, fin primero de cualquier Estado moderno. Nozick aboga por un Estado que, desde una situación precontractual hobbesiana (el clásico “estado de naturaleza”⁶), llegue a un “Estado mínimo”, en el cual las personas se unen para asegurar su defensa en asociaciones dedicadas exclusivamente a proteger a las personas contra el robo, el fraude y el uso ilegítimo de la fuerza, y a respaldar el cumplimiento de los contratos celebrados entre los individuos. Este es, según Nozick, el Estado más amplio que se puede defender so pena de violar una concepción de persona que reclama la titularidad del derecho a la *autopropiedad* o propiedad sobre sí mismo (*self-ownership*), que dispondría la restricción moral de que nadie sea obligado a contribuir al bienestar de los demás y a ceder, con este fin, los bienes que ha adquirido gracias al ejercicio de sus talentos y de su esfuerzo.⁷

Las limitaciones a la cooperación que el Estado pueda exigir reflejan, para este autor, el principio kantiano subyacente de que los individuos son fines, no simplemente medios que puedan ser sacrificados o usados, sin su consentimiento, para alcanzar otros fines. De este modo, la sola existencia de impuestos con fines redistributivos y la obligación de compartir los talentos con los demás es lo mismo, estima Nozick, que “obligarle a entregar parte de su cuerpo en una especie de donación obligada de órganos” (Nozick, 1974: 206).

6 El estado de naturaleza fue definido por Thomas Hobbes como aquel estado pre-estatal en el que los humanos viven libremente sin ser controlados por un poder común. Para Hobbes, esa libertad es la desgracia del ser humano, pues nuestro estado natural es el “de guerra de todos contra todos” en donde cualquier desarrollo común se hace imposible. Es el estado en el cual “los hombres viven sin otra seguridad que no sea la que les procura su propia fuerza y su habilidad para conseguirla [...] hay un constante miedo y un constante peligro de perecer con muerte violenta. Y la vida del hombre es solitaria, pobre, desagradable, brutal y corta” (Hobbes, 1995 [1651]:125).

7 El autor sustenta su tesis en la intuición básica de que cada uno tiene la propiedad sobre sí mismo y es el legítimo propietario de su cuerpo. Cuando se obliga a unos a trabajar y a ceder lo que es el producto de sus talentos en beneficio de los más débiles, se viola el derecho de la autopropiedad, instaurando la “co-propiedad sobre otras personas” (Nozick, 1974: 172).

Los principios del Estado mínimo proceden de la “teoría de la adquisición” de John Locke, según la cual los derechos de propiedad sobre un objeto “no poseído” se originan una vez que alguien mezcla su trabajo con dicho objeto. La pregunta es obvia: ¿Por qué esa mezcla nos convierte en dueños? La respuesta se basa en la idea intuitiva de que hemos mejorado y aportado valor al objeto cuando lo hemos “trabajado”, de lo cual se sugiere que cualquiera tiene derecho a poseer una cosa cuyo valor ha creado o aumentado considerablemente. Sobre esta idea, Nozick construye una tesis que defiende la legitimidad de la propiedad privada que haya sido adquirida por medio del trabajo y ajena a la violencia.

Para Locke, sin embargo, existen límites a este derecho. Para empezar, no resulta correcto considerar que el hecho de mejorar un objeto baste para constituir la propiedad total sobre él si el lote de bienes poseídos es limitado y, con su apropiación, se perjudica a los demás dejándoles sin nada. La cuestión decisiva es, entonces, si la apropiación de un objeto no poseído empeora o no la situación de otros. Esa es la llamada “estipulación de Locke”, que dispone que para que una apropiación sea legítima debe dejarse a los demás “suficiente e igualmente bueno” de ese bien. ¿Qué implica este requisito? La pérdida para otros puede generarse de dos modos: primero, impidiendo que mejoren su situación o, segundo, imposibilitando que usen libremente lo que antes podían usar. Por ejemplo, una persona podría apropiarse del único manantial del desierto y cobrar por el agua lo que quiera. En ese caso operaría la estipulación lockeana como una restricción a los derechos de propiedad. Luego, para evitar que el apoderamiento suponga un daño a los demás, quien se apodera lo hará legítimamente cuando *compense* al resto por las consecuencias de las pérdidas que les causa.

Pero aun si admitimos dichas limitaciones, lo que la estipulación no prohíbe —insiste Nozick— es que realice con mis bienes ciertas actividades que no *mejoren* la situación de los demás. Tal sería el caso de un investigador médico que sintetiza una sustancia nueva para curar cierta enfermedad y se niega a vender su descubrimiento si no es bajo sus condiciones: no se empeora la situación de otros, ya que no resultan privados de nada que ellos, previamente, tuvieran. La cuestión clave no radica en la aportación que al objeto haya hecho el adquirente originario, sino en la provisión lockeana que exige dejar de ese bien “suficiente y de igual calidad” a los demás. De ese modo, sólo sería legítima una apropiación si nadie tiene ninguna razón para preferir que dicho bien siga siendo de uso de todos, pues, o no se ve perjudicado, o se tienen razones para preferir la nueva situación, ya que gracias a ella se ha obtenido

algo que antes no se tenía y que vale, al menos, tanto como lo que ha perdido con ese nuevo estado de cosas (Cohen, 1995: 75-76).

Para ahondar en los argumentos que sirven a Nozick para rechazar cualquier mecanismo de redistribución de recursos y cargas sociales, es preciso referirse al famoso “caso Chamberlain”. El autor nos pide imaginar que el deportista Wilt Chamberlain, quien es fuertemente demandado por los equipos de baloncesto por ser una atracción de taquilla, firma el siguiente tipo de contrato con su equipo: en cada juego donde su equipo sea local, 25 centavos del precio de cada entrada serán para él. La temporada comienza, la gente asiste alegremente a los juegos de su equipo y compra sus boletos depositando, cada vez, 25 centavos del precio de la entrada en una caja especial que tiene el nombre de Chamberlain. Las personas están entusiasmadas viéndolo jugar, pues, para ellos, vale el precio de la entrada. Imaginemos que en una temporada un millón de personas asiste a los juegos del equipo local y Chamberlain termina con 250 mil dólares, suma mucho mayor que el ingreso promedio e incluso mayor que el de ningún otro jugador.

¿Tiene Chamberlain derecho a ese ingreso? ¿Es justa esa distribución? Según Nozick, si aceptamos que cada persona tenía derecho al control de sus recursos y cada uno decidió dar 25 centavos de su dinero a Chamberlain, esa ganancia es legítima. “Pudieron haberlo gastado en el cine, en barras de caramelo o en ejemplares de *Dissent* o de la *Monthly Review*. Pero todas ellas, al menos un millón de esas personas, convinieron en dárselo a Chamberlain a cambio de verlo jugar baloncesto. ¿Podría alguien quejarse por motivos de justicia?” (Nozick, 1974: 161-162).

Para el autor, “cualquier cosa que surja de una situación justa, a resultas de transacciones completamente voluntarias por parte de todos los agentes que las toman, es en sí misma justa” (1974: 262). Para evaluar si es verdadera esta conclusión, esto es, si es cierto que la libertad preserva siempre la justicia, Gerald Cohen reflexiona tomando una situación que nos parezca injusta pero que se haya generado por medios justos. El caso clásico es el de la esclavitud “voluntaria” que, aunque sabemos posible, nos parece injusta. Otro caso es el de Chamberlain; podemos imaginar una situación en la cual se le obliga a pagar impuestos sobre sus ganancias y revisar si ella restringiría injustificadamente su libertad. Según este autor, si bien es evidente que ese tipo de política limita ciertas libertades (desde ya, Chamberlain pierde la libertad de firmar un contrato por el cual gane un cuarto de millón de dólares), *la limitación de ciertas libertades puede ser en beneficio de la libertad misma*, pues cuánta libertad posea una persona dependerá del número y de la naturaleza

de sus opciones, y ello está supeditado, a su vez, tanto a las reglas del juego como a las cualidades del jugador.

Es claro que con los impuestos Chamberlain reduce su libertad, pero no lo es tanto que la libertad de sus fans también sea limitada, pues al eliminar la primera opción, es decir, la opción de dar el dinero de la entrada a Chamberlain libre de impuestos, se les entrega otra alternativa que no tenían antes: la de ver jugar a su ídolo sin adjudicar a la vez a un solo miembro de la sociedad tanta riqueza. Luego, “se les permite, a cambio, cooperar con una política más constructiva” (Cohen, 1995: 53-55).

Por cierto, la norma que obliga a pagar impuestos restringe la libertad de Chamberlain por la sencilla razón de que *toda norma lo hace*, también las normas imperantes en la economía de mercado. Nadie puede decir que una política impositiva restringe la libertad por oposición a las reglas impuestas por los libertarios, y ésa es una cuestión usualmente ignorada por considerársele banal. Lo importante, concluye Cohen, es que las incursiones contra la propiedad privada que reducen la libertad de los propietarios transfiriendo derechos sobre los recursos a los no propietarios también *aumentan* la libertad de estos últimos (Cohen, 1995: 57).

De la misma opinión es Will Kymlicka, quien propone imaginar una etapa inicial de igualdad de recursos en la cual tenemos al jugador de baloncesto y, por otra parte, a una persona discapacitada. Chamberlain, debido a su talento para el deporte, termina la temporada con millones en el bolsillo; en cambio, el discapacitado ha agotado sus recursos y está al borde de la hambruna. Seguramente nuestra intuición, a diferencia de lo que opina Nozick, es que Chamberlain debe ser obligado a pagar impuestos para ayudar al discapacitado a no morir de hambre, pues creemos que entre ambos (jugador de baloncesto y discapacitado) las diferencias innatas son inmerecidas (Kymlicka, 2002: 106). Esta es la inconsistencia teórica de Nozick: defiende el valor de la libertad pero no considera seriamente los distintos grados de autonomía de los individuos. No basta el principio de autopropiedad para asegurar que todas las personas sean realmente autónomas. También es necesario un Estado que garantice recursos mínimos para que los individuos *ejerciten* esa libertad.

Quienes objetan las desigualdades del mundo, como arguye Scanlon, no suelen preocuparse de quienes tienen menos, debido a una actitud irresponsable de lo que, en un principio, fue una repartición equitativa (como Nozick quiere hacernos creer a través del caso Chamberlain). Lo que ofende a los igualitaristas son las enormes diferencias en la repartición de los recur-

sos “iniciales” de la gente conforme a la posición social que les ha tocado en suerte y con la cual han nacido. “En estos casos no hay nada parecido al consenso unánime al que se refiere Nozick y que haría la transacción entre Chamberlain y sus fans *justa*”. Como son, precisamente, los recursos originarios que posee cada cual. Lo que no puede, muchas veces, justificarse es que no hay razón para concebir el derecho de propiedad como un derecho absoluto (Scanlon, 1976: 6-7). No hay bases intuitivas para pensar que estos derechos son absolutos y sí, en cambio, hay razones para coincidir con la idea de que alcanzar la igualdad puede llamar a infringirlos.⁸

En materia sanitaria la tesis de Nozick tiene varios defensores. T. H. Engelhardt considera que la coerción estatal para aportar al sistema público de salud es esencialmente arbitraria e inmoral, y el llamado “derecho” al cuidado sanitario debe reconocerse sólo como una limitada política gubernamental de seguros, pues “la libertad cuestiona la posibilidad de un derecho uniforme e igual al cuidado sanitario” (Engelhardt, 1997: 181-3). En la misma línea, Epstein rechaza la existencia de derechos positivos y no considera que el bien “cuidado sanitario” tenga nada de especial, preguntándose por qué el principio de distribución equitativa habría de ser adecuado al cuidado sanitario y no para “las casas de verano o los autos rápidos” (Epstein, 1999: 112).

Finalmente, R. M. Sade sostiene que el concepto mismo de derecho al cuidado sanitario es inmoral, pues éste “no es ni un derecho ni un privilegio”, es un servicio que ofrecen los médicos a quienes quieran (o puedan) pagar por él. El derecho a la atención sanitaria sería sólo un derecho negativo que contempla la libertad de adquirir asistencia en el mercado de la protección de la salud (Sade, 2002: 55-74). Es el mercado el que, según este autor, mejor sirve a los intereses de los enfermos, al ser la expresión social de las características centrales y definitivas del ser humano: la racionalidad y la elección.

8 Sobre los intercambios voluntarios defendidos por Nozick, Scanlon sostiene que no es la existencia o de “voluntariedad” lo que se cuestiona, sino el hecho de que esa elección pueda ser voluntaria aun cuando, a consecuencia de las intervenciones ilegítimas, se prive al nuevo propietario de las alternativas más atractivas. La cuestión verdaderamente importante aquí es si es justificable permitir que el salario de las personas se decida por su capacidad de negociación bajo ciertas circunstancias o condiciones. Aun cuando, como dice Nozick, sean los “actos de la naturaleza” los que determinen las alternativas disponibles, las acciones humanas individuales no son las únicas que juegan un papel importante. Debemos preocuparnos también por la justicia de las instituciones sociales que hacen posible que los agentes hagan lo que hacen.

El liberalismo igualitario y el derecho a la protección de la salud

¿Qué teoría podemos oponer al libertarismo para justificar, desde un punto de vista moral, un derecho al cuidado sanitario? John Rawls, autor de la teoría de la igualdad más extendida, estudiada, criticada y alabada de la actualidad construye, en *Teoría de la justicia*, un modelo de justicia procedimental para regular las instituciones sociales básicas de la mano de la teoría clásica del contrato social y del constructivismo ético kantiano.⁹ La idea es que a través de un procedimiento racional que asegure la equidad de las partes contratantes, se llegue a principios de justicia, capaces de definir y consolidar nuestros derechos básicos. A este aparato contractual Rawls lo llama “posición original” y en ella la equidad de las partes se asegura a través del mecanismo del “velo de ignorancia”, con el cual se concluirían principios de justicia que, por un lado, reconocen a todas las personas libertades básicas iguales y, por otro, justifican la existencia de ciertas desigualdades sociales. Se trata, como se sabe, de la situación inicial llamada “Estado de naturaleza” desarrollada extensamente por la teoría contractualista y recogida por Rawls con el nombre de posición original la que, evidentemente, “no es más que una situación hipotética” (Rawls, 1971: 12).¹⁰

El velo de ignorancia responde a la necesidad de establecer ciertas restricciones formales a las partes para impedir que algunos estén colocados en una posición de negociación más ventajosa que otros, debido a las consecuencias de la fortuna natural o por las circunstancias sociales que les han tocado en la vida. El mecanismo del velo de ignorancia dispone un acuerdo bajo condiciones que son equitativas para todos. Para alcanzar este punto de vista equitativo es necesario dejar al margen del convenio los rasgos y circunstancias particulares que pudieran distorsionarlo. Desde ya, eso implica excluir, al menos, el conocimiento de las partes sobre su posición social, doctrina comprehensiva (religiosa o filosófica), raza, sexo, clase social, capacidades y talentos (Rawls, 1995: 39-40). Dado que todos están situados de manera semejante y que nadie es capaz de delinear principios que favorezcan su condición particular, los

9 Como ha sostenido el propio Nozick, desde la publicación de la Teoría de la Justicia, “los filósofos políticos tienen que trabajar según la teoría de Rawls o bien explicar por qué no lo hacen” (1974: 183).

10 Para garantizar que el acuerdo sea justo éste debe nacer en las condiciones apropiadas: “Estas condiciones deben poner en una situación equitativa a las personas libres e iguales, y no deben permitir que algunas de esas personas obtengan mayores ventajas de negociación. Además, tanto las amenazas de recurrir a la fuerza y la coerción, como el engaño y al fraude, deben ser excluidas” (Rawls, 1995: 46).

principios de justicia serán el resultado de un acuerdo justo, pues, debido a la condición de simetría entre las partes, la situación inicial será equitativa.

En la estructura imaginada por Rawls, la igualdad cumple un importante doble papel. En primer lugar, funciona como presupuesto metodológico de la posición original, garantizando que el proceso de negociación refleje nuestra igualdad moral en los términos en los cuales lo expresara Kant. El trato igualitario que nos debemos unos a otros tiene su origen no en una supuesta igualdad real, física o psíquica entre los humanos, sino en una idea de igualdad moral. Para Kant, los individuos poseerían la misma capacidad para discernir los principios que conforman la ley universal de modo que todos podríamos alcanzar lo que ni la filosofía ni la ciencia jamás pudieron conocer: el reino de lo incondicionado. Actuar conforme a la ley universal, defendía Kant, supone conducirse de acuerdo con “aquel valor que supera en mucho a todo valor alabado por la inclinación” y “ante el que tiene que ceder cualquier otro motivo, porque es la condición de una buena voluntad buena en sí, cuyo valor supera todo” (Kant, 1996 [1797]:403, 430).

Así, como todos podemos llegar a conocer y actuar de acuerdo con la ley moral universal, se deduce entonces que nadie puede imponer a los demás su particular idea del bien, pues su capacidad para descubrir esa verdad no es superior a la de cualquiera. “La importancia de que el ser sea igual es que los principios elegidos han de ser aceptados por otros seres. Ya que todos son libres y racionales de modo similar, cada uno ha de tener una oportunidad para adoptar los principios públicos de su comunidad ética” (Rawls, 1971: 257). Esto implica sostener que nuestra libertad se deduce de nuestra igual condición moral.

En segundo lugar, la igualdad sería el fin del procedimiento de la posición original. Su objetivo se logrará a través de la selección de principios de justicia que, de una u otra forma, preserven que, en la vida diaria y una vez que se ha develado el velo de ignorancia, la igualdad se manifieste en las reglas que definan el funcionamiento de las instituciones sociales. Esto quedaría definitivamente expresado en la selección de principios que garanticen la igual ciudadanía y la igualdad de oportunidades equitativas. Este es el conocido “primer principio de justicia” que abona que cada persona tenga derecho a un esquema plenamente adecuado de libertades básicas iguales y compatibles con un esquema semejante de libertades para todos. Entre ellas destaca la libertad de pensamiento y de conciencia; libertades políticas, como el derecho al voto y el derecho a participar en política, y la libertad de asociación además de los derechos a la integridad física y psíquica de la persona (Rawls,

2002: 75). Una de las características más importantes del primer principio de justicia es su primacía sobre el segundo principio (que regula las desigualdades sociales), lo cual significa que no se pueden intercambiar libertades por mayor igualdad; es decir, implica no sólo que las libertades más importantes concebidas por Rawls deben ser iguales para todos, sino que esas libertades se considerarán lexicográficamente anteriores a cualquier otra consideración de tipo utilitarista, por eso no son de ninguna manera negociables.

Para Rawls, las desigualdades sociales y económicas —reguladas por el segundo principio de justicia— tienen que satisfacer dos requisitos para ser legítimas: a) deben estar vinculadas con cargos y posiciones abiertos a todos en condiciones de igualdad equitativa de oportunidades; b) deben redundar en el mayor beneficio de los miembros menos aventajados de la sociedad (Rawls, 2002: 73); esto se conoce como “principio de diferencia”. El propósito es eliminar, en la mayor medida posible, las desventajas que no tengan su origen en una decisión voluntaria y que sólo deriven de circunstancias adscritas que estarían fuera del control de los sujetos. Ahora, ¿son inmerecidos sólo los privilegios sociales que tenemos —como el haber nacido en una clase social que nos ha permitido educarnos adecuadamente— o también ciertos rasgos genéticos especiales como, por ejemplo, una inteligencia superior o un carácter optimista y laborioso que nos permita lograr el éxito social y económico?

Intentar distinguir entre características innatas y sociales no sólo es muy difícil sino que puede ser virtualmente irrelevante, pues son muchos los estudios que intentan demostrar que hasta la voluntad que algunos son capaces de desarrollar para superar las circunstancias difíciles de la vida es dudosamente merecida. De igual forma parece problemático defender que el carácter superior que permite a ciertas personas hacer el esfuerzo por cultivar sus capacidades es totalmente innato, pues tal carácter depende, en buena parte, de condiciones familiares y sociales afortunadas en la niñez, por las cuales no puede pretenderse crédito alguno. “La distinción entre cualidades genéticas o innatas y cualidades socialmente originadas parece imposible si nos fijamos en que aquellas cualidades que se consideran más esenciales para la identidad de la persona (nuestro carácter, valores, convicciones básicas y lealtades más profundas) a menudo están fuertemente influidas por factores sociales y culturales sobre los que no tenemos control” (Rawls, 1971: 104).

La consecuencia inmediata para Rawls de la igualdad moral entre las personas y la arbitrariedad con la cual se distribuyen los talentos y capacidades por las instituciones sociales y por la naturaleza, es la de considerar esas cualidades como acervo común para el disfrute por todos de lo que se

produzca con su explotación. Este modo de compensación busca remediar las desventajas de algunos en la distribución de dotaciones naturales o sociales colocando los talentos y facultades superiores de los más aventajados en función del bienestar de todos, pues “no merecemos el lugar que tenemos en la distribución de dones naturales, como tampoco nuestra posición inicial en la sociedad” (Rawls, 1971: 126). Cabe destacar lo siguiente: Nozick no considera que toda distribución original sea necesariamente arbitraria, pues siempre existiría la posibilidad de que los sujetos merecieran lo que tienen, incluso, sus dotes y talentos naturales. ¿Qué ocurriría si partiéramos de la premisa exactamente opuesta a la de Rawls razonando de la siguiente manera?: las personas merecen sus dotes naturales (Nozick, 1974: 224).

Desde el punto de vista filosófico, este debate bien podría leerse como un eco de la querrela entre Hegel y Marx: los libertaristas asumirían la mera “contemplación de lo real” que propugnara Hegel (de una naturaleza racional y con sentido); mientras que los liberales igualitaristas ansían, como Marx, la transformación de dicha realidad irracional. Desde ahí puede argumentarse de manera diferente acerca de la cuestión de la justicia o injusticia de las posesiones que cada cual ha recibido; esto tiene un impacto directo en la cuestión de qué es lo que “merecen” las personas. Según Charles Taylor, las tesis liberales nos verían como seres naturales frustrados y ocultos por una sociedad artificial, divisora y represiva en donde el ser humano sólo logra una armonía con la naturaleza al transformarla. Como Marx, los liberales igualitarios defienden amplios sistemas de compensación, critican la inhumanidad del orden actual y protestan indignados contra las injusticias del mundo (Taylor, 1983: 268). La Ilustración habría provocado una nueva conciencia de la inhumanidad y del sufrimiento gratuito e innecesario de las personas, y una urgente determinación por combatirlo. Para Hegel, en cambio, los seres humanos debemos abonar el orden natural, pues nunca podremos ver claramente los fines o la “necesidad” de ese orden. Todos estamos atrapados como agentes en un drama que realmente no comprendemos, y tan sólo cuando lo hemos acabado de representar entendemos de qué se trata en el momento. “El búho de Minerva sólo emprende el vuelo al caer la noche” (Hegel, 1975 [1821], prefacio).

Así, teniendo en cuenta que los mejor dotados ocupan un lugar en la distribución de las dotaciones innatas que no se merecen moralmente, y además, las instituciones sociales que mantenemos les permiten explotar esas dotaciones y conservar los beneficios aún mayores que ellas les proporcionen, la exigencia impuesta por el principio de diferencia para usar esas dotaciones a fin de contribuir al bien de todos y, en particular, al de los peor dotados, no

parece de ninguna manera excesiva. De ahí la posibilidad de fundamentar, desde esta teoría de la justicia, un derecho a la protección de la salud que estará sustentado en la noción de “igualdad de oportunidades”, la cual sostiene que las desigualdades en el ingreso están justificadas sólo si hubo una competición equitativa en la adjudicación de las funciones y situaciones que conducen a tales beneficios.

Derecho a la protección de la salud: contenido y problemática actual

Garantizando un “mínimo sanitario decente” para todos

Las dificultades para determinar el contenido del derecho a la protección a la salud —esto es, lo que se entiende por “mínimo sanitario decente”— se han destacado desde hace mucho y aún parecen muy difíciles de resolver. Norman Daniels propone un criterio sustentado en el principio de la *justa igualdad de oportunidades*, desarrollado por Rawls y que busca el establecimiento de un Sistema Sanitario que logre alcanzar el objetivo de mantener, restaurar o compensar por la pérdida del “funcionamiento normal de la especie”. En esa línea, y para procurar la igualdad de oportunidades entre los individuos, el Estado debiera garantizar a todos un mínimo sanitario que se ocupe de las desigualdades en el funcionamiento normal fruto de las enfermedades y discapacidades (Daniels, 1985: 80-2).¹¹

La idea de funcionamiento normal de la especie entrega, según su autor, un parámetro claro relevante para determinar qué porción del rango normal está abierta a una persona determinada, en un cierto momento, de acuerdo con sus propias habilidades y talentos. La noción de “rango normal de oportunidades” incluiría el conjunto de planes de vida que las personas de una sociedad dada puedan querer construir para sí mismas. El rango es relativo a características sociales como el estado de desarrollo histórico, el nivel de bienestar material, el grado de desarrollo tecnológico y otros hechos culturales importantes como, por ejemplo, la actitud frente a la familia y el trabajo. Las dificultades debidas a discapacidades y enfermedades implican, en ese sentido, una restricción fundamental a las oportunidades individuales relativas a alguien en particular, pues ningún individuo tiene nunca todas las

11 Daniels compara la importancia de la salud con la educación, al sostener que, al igual como resulta necesario disminuir las diferencias de origen social que colocan a algunos en una situación de desventaja educacional inmerecida, se puede decir que no se merecen las desventajas genéticas que determinan un mal estado de salud (Daniels, 2008: 21, 47).

posibilidades normales, sino sólo la porción razonable de acuerdo con sus habilidades y talentos. Luego, el principio de justa igualdad de oportunidades no sería ni un principio “nivelador” que intente colocar a todas las personas bajo un común denominador mínimo, ni un principio fuerte excesivamente demandante que busque asegurar el acceso de todas las personas al mayor rango de oportunidades posibles. Las oportunidades son iguales en el sentido de que todas las personas debieran, por igual, limitar ciertos impedimentos en sus oportunidades que puedan afectar su normal funcionamiento (Daniels, 1985: 107-109).¹²

La noción creada por Daniels trae asociadas tres características importantes: primero, se trataría de un concepto que debe ser entendido en términos socialmente relativos, pues, al igual como ocurre con otros bienes y servicios, el contenido del derecho dependerá de los recursos disponibles en una sociedad determinada y del consenso que en ella exista sobre lo que son las expectativas legítimas de sus miembros. En segundo lugar, la noción de mínimo decente evita el exceso de lo que se ha llamado “principio fuerte de igual acceso”, de acuerdo con el cual todos tendrían un derecho igual al mejor servicio sanitario disponible, lo cual, evidentemente, supondría agotar todos los recursos en cuidado sanitario, dejando sin atención otros bienes sociales también importantes. Finalmente, y en tercer lugar, la idea del mínimo sanitario resulta atractiva, pues, desde el reconocimiento de que el cuidado sanitario tiene que ser reducido en extensión, debe estar limitado al servicio más básico necesario para entregar una atención sanitaria adecuada capaz de asegurar una vida decente y tolerable (Buchanan, 1984: 58-9). El sistema sanitario puede proteger a las personas sólo dentro de los límites impuestos por la escasez de recursos y el desarrollo tecnológico de esa sociedad, ya que el cuidado sanitario es un derecho que obliga únicamente a entregar aquellos tratamientos probadamente efectivos para promover las oportunidades de las personas, dejando de lado tratamientos experimentales o cuyas posibilidades de éxito no hayan sido comprobadas directamente (pese a ello es evidente que determinar qué ha de considerarse como “eficaz y seguro” no está libre de controversias).

12 El ejercicio de autodeterminación que significa construir una vida humana relativamente completa requerirá, entonces, de que los individuos gocen de cuatro tipos amplios de funciones primarias: la biológica (incluye el buen funcionamiento de los órganos); la física (comprende la capacidad ambulatoria); la social (que incluiría la capacidad de comunicación); y la mental (relacionada con una variedad de capacidades emocionales y de razonamiento) (Brock, 1993:127). La idea es remarcar las funciones humanas que son necesarias, o al menos importantes, para perseguir casi todos los planes de vida relativamente completos.

¿Lo anterior significa que es imposible concebir, en términos relativamente objetivos, un contenido del “mínimo sanitario” exigible en cualquier lugar, esto es, con independencia del país en donde se viva? En opinión de Doyal y Gough, la *universalidad* de las necesidades humanas permite argumentar en contra de las perspectivas tendentes a justificar situaciones de privación y desigualdad objetiva entre países ricos y pobres, entre géneros, entre clases sociales, etcétera. En esta línea consideran que las Necesidades Humanas Básicas Universales (NHBU) serían la salud física y la autonomía, y que ellas son las mismas en cualquier época y lugar. “La salud física constituye una necesidad humana básica cuya satisfacción es prioritaria para los individuos [...] Para desenvolverse bien en la vida cotidiana —con independencia de su actividad o contexto cultural—, los seres humanos han de ir mucho más allá de la mera supervivencia. Han de gozar de un mínimo de buena salud física” (Doyal y Gough, 1994: 86). Por ello, sin importar el lugar de nacimiento y residencia, tales necesidades han de ser satisfechas para que cualquier individuo pueda participar en el logro de otros objetivos individuales y sociales. Sin la satisfacción del derecho al cuidado sanitario que garantice la justa igualdad de oportunidades a la cual alude Rawls, las personas verían afectada la calidad de su existencia y reducida su dignidad.

Los sistemas sanitarios hoy en el mundo

Se ha instalado casi universalmente, sostiene Berlinger, que los servicios públicos de salud y la universalidad de los tratamientos médicos son un obstáculo para las finanzas públicas que requiere centrarse, principalmente, en la reducción de los gastos en cuidado sanitario. “Quienes deciden la política de salud ya no son, ahora, los ministros de salud (creados casi en todas partes en la segunda mitad del siglo XX) sino los de economía” (Berlinger, 2002: 206). ¿Y cuál es el costo de esta situación? Pues una tendencia a desmantelar la programación pública de las prioridades sanitarias, dejando a muchos sin acceso al cuidado médico. El objetivo de una equitativa distribución de los recursos para tratamientos médicos es hoy reemplazado por la necesidad del racionamiento, pero no entendido como un racionamiento destinado a la inclusión —a la distribución equitativa para todos, dando prioridad a los más débiles—, sino más bien a la exclusión por vías de criterios propios de la economía de la salud o, directamente, por vías de dejar la distribución de este recurso al mercado (Berlinger, 2002: 208).

No podemos negar que cualquier sistema sanitario con la pretensión de afrontar los dilemas morales que la provisión justa de este importante recurso

debe tener presente la realidad y necesidad del racionamiento. Hoy los países desarrollados gastan entre 8 y 10% del PNB en sanidad, según los últimos datos de la Organización Mundial de la Salud. El caso de los Estados Unidos es paradigmático, pues es el país del mundo que más invierte en salud por habitante (15.2% del PNB, U\$ 5.711 per-cápita), aun cuando “la salud de la población de los Estados Unidos es tristemente desigual” (Kubzansky *et al.*, 2001).¹³ Ello dista mucho de la inversión realizada por otros países desarrollados —pero más moderados en el gasto— como España, que emplea en sanidad 7.7% de su PIB (U\$ 1.853 per-cápita), o el caso de países en vías de desarrollo como Chile, que incluso ha *disminuido* el gasto en salud de 6.2%, registrado en 2006, a sólo 5.3% del PIB, según el último “Reporte de Estadísticas Sanitarias 2009”, publicado por la Organización Mundial de la Salud.¹⁴

El financiamiento de la sanidad parece estar en crisis, pues el enorme progreso científico —que se ha traducido en cambios tecnológicos sin precedentes en la historia de la medicina— sumado al envejecimiento de la población, las nuevas enfermedades, la prevalencia de enfermedades crónicas, etcétera, ha implicado el aumento de los costos sanitarios a un punto difícilmente soportable por los presupuestos de los sistemas nacionales (Engelhardt, 1999: 14-5). El éxito actual de la medicina, referente a la posibilidad de salvar vidas que años atrás se hubieran perdido, ha producido cambios demográficos sorprendentes. Así, “si en la década de 1950, el 8,1% de la población de los Estados Unidos tenía más de 65 años, en la actualidad es aproximadamente el 13 % de la población, lo que supone un incremento porcentual de 157 en cincuenta años” (Singer, 2003: 344). Cuanto más viva la gente, existirán más individuos propensos a sufrir enfermedades crónicas e incapacidades con el consiguiente aumento progresivo de la demanda de cuidados médicos.

Luego, enfrentados a la obligación de decidir qué proporción de los recursos totales se van a gastar en asistencia sanitaria y cómo se van a distribuir, debemos preguntarnos. ¿Qué límites son moralmente legítimos? ¿Qué tipo de sistema sanitario asegura la distribución más *justa* de cuidado sanitario? Como nos recuerda Asa Cristina Laurell, existe una fuerte tendencia hoy a promover el desarrollo de políticas sanitarias sustentadas en premisas propias del libertarismo. Primero, que el cuidado sanitario pertenece al ámbito

13 Según la OPS, en el año 2000, 38,7 millones de personas (14% de la población) no contaban con seguro de salud. Se estima que en la actualidad la cifra alcanza a los 44 millones de personas. La reciente reforma aprobada por el presidente Obama pretende reducir esta impactante cifra.

14 Organización Mundial de la Salud, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009*.

privado, donde el Estado actúa con carácter subsidiario, y, segundo, que el sector público es ineficiente e inequitativo (Laurell, 1994; 1998). Por cierto, ambas son premisas que tanto desde un punto de vista moral como empírico pueden estimarse como falsas.

Desde un punto de vista moral, según se ha revisado en este trabajo, la consideración del cuidado sanitario como un bien esencialmente público —en el sentido de que la sociedad debe hacerse responsable por su justa y equitativa provisión— deriva del hecho cierto de que cualquier política que pretenda alcanzar la justa igualdad de oportunidades para todos los miembros de esa comunidad debe, como argumentan los liberales igualitarios de la mano de Rawls, *primero* compensar a los peor situados por medio del aseguramiento de sus necesidades más básicas y fundamentales para su participación en la sociedad como libres e iguales. Por su parte, desde un punto de vista empírico, los datos que ya desde el año 2000 nos ha entregado la Organización Mundial de la Salud reflejan que los mejores sistemas sanitarios son aquellos que, precisamente, se desarrollan en torno a la “actividad estatal”.

El objetivo de la provisión pública de cuidados médicos es asegurar a toda la población el mantenimiento de sus capacidades básicas; por lo tanto, el Estado debe garantizar que, ante una enfermedad, nadie se quede sin cuidados médicos esenciales o se vea condenado a la pobreza para poder pagarlos. Con este fin el sector público puede proveer de cobertura total y gratuita, dentro de ciertas necesidades cubiertas (lo que hemos llamado, con Daniels, “mínimo sanitario decente”) a quienes tuvieran rentas por debajo de cierto nivel, entregando al resto cobertura sólo en el caso de enfermedades catastróficas (muy costosas, de larga duración, crónicas, etcétera). Irlanda, los Países Bajos y, en menor medida, Suiza se ajustan a este esquema. Otra alternativa consiste en que el sector público ofrezca cobertura total de ciertas necesidades a toda la población, esquema adoptado generalmente en los países con Sistemas Nacionales de Salud universales como Canadá, Noruega, España o Reino Unido.¹⁵ Estos son, por cierto, los sistemas preferidos y recomendados por la Organización Mundial de la Salud (2006; 2000), pues sus buenos resultados en materia de equidad se sustentan, además, en los principios morales desarrollados por las teorías liberales igualitarias analizadas en este trabajo.

15 Para un análisis de los modelos de Sistemas Sanitarios vigentes en la actualidad, véase Zúñiga Fajuril, Alejandra (2007), “Sistemas sanitarios y reforma AUGE en Chile”, en *Revista Acta Bioethica* (OPS/PMS), vol. 13, núm. 2, noviembre, Santiago.

Conclusión

¿Qué principios debieran gobernar la distribución del cuidado sanitario? ¿Qué desigualdades son moralmente aceptables? Los libertaristas presumen defender la libertad de los propietarios respondiendo que el único principio de redistribución de recursos moralmente legítimo es “el que no existe”, pues cualquier sistema redistributivo limitaría injustamente la libertad de algunos, violando el imperativo categórico kantiano que prohíbe tratar a las personas como medios y no como fines en sí mismos. Con base en una determinada teoría de la autopropiedad, rechazan la existencia misma de derechos positivos como el derecho a la protección de la salud.

Los liberales igualitarios, en cambio, reconocen que la redistribución que permite garantizar un mínimo sanitario a los carentes de recursos sí restringe, en cierto grado, la libertad de los afortunados, pero lo hace *para entregar libertad real a quienes antes no la tenían*. La doctrina liberal igualitaria no sacrifica el autodomínio de algunos por cualquier fin, sino que lo hace, precisamente, para asegurar la autodeterminación de todos. Por ello se puede reconocer que un régimen liberal que impone impuestos sobre las recompensas generadas por talentos inmerecidos limita la autodeterminación, pero se trata de una “limitación legítima”.

Los reclamos de justicia que nos piden garantizar las mismas oportunidades iniciales en la vida nos obligan a buscar acuerdos sociales para asegurar a todos el recurso básico del cuidado sanitario. Quienes —como los libertaristas— se niegan a compensar a los más pobres dándoles las herramientas necesarias para ejercer una verdadera autodeterminación, terminan permitiendo estructuras económicas que, para asegurar la absoluta libertad de unos pocos, sacrifican la libertad real de la mayoría. No debemos olvidar que el primer objetivo de los sistemas de salud, según la Organización Mundial de la Salud (2003: 136-137), es estrechar las brechas de equidad sanitaria. En los países donde han logrado mejorar los resultados sanitarios y reducir la desigualdad, las políticas de desarrollo de los sistemas de salud han tenido que ir “contra corriente”, con el objetivo explícito de contrarrestar la tendencia de atender primero a los sectores acomodados.

Los resultados desiguales producidos por la existencia de sistemas sanitarios de carácter regresivo, debido al establecimiento de niveles suplementarios de atención, se aprecian fácilmente en el caso de países que, como Chile, fueron objeto de experimentos libertaristas en el pasado que promovieron la privatización del sistema, la mínima inversión pública en salud y la disposi-

ción de seguros privados para 20% de la población más rica. Ello mantiene enormes grados de desigualdad sanitaria, los cuales fueron denunciados por la OMS en su informe del año 2000 y que motivaron la reciente Reforma al Sistema Sanitario público llamada “AUGE”, cuya pretensión es reposicionar al Estado en su papel de proveedor de servicios básicos.

En fin, en este trabajo se ha querido defender la tesis de que para afrontar los problemas asociados a la desigualdad sanitaria, la redistribución de los recursos sociales y la distribución del recurso cuidado sanitario resulta imprescindible considerar los principios morales propuestos por las teorías de la justicia distributiva revisadas. Los dilemas relacionados con los fines de asistencia óptima, igualdad de acceso, libertad de elección y eficiencia son de difícil compatibilidad, pues cada uno de ellos parece amparado en principios sustentados por diferentes concepciones de la justicia. Quizá la mejor teoría de la justicia sanitaria sea la que proporcione una óptima atención a las necesidades de salud de todas las personas mientras, a la vez, logra promover el interés público a través de programas de contención de costos que no dejen, sin embargo, de apuntar a un solo objetivo común: la equidad.

Bibliografía

- Beetham, David (1995), “What Future for Economic and Social Rights?”, en *Political Studies*, XLIII.
- Berlinguer, Giovanni (2002), *Bioética cotidiana*, Buenos aires: Siglo XXI.
- Brock, Dan W. (1993), “Quality of Life Measures in Health Care and Medical Ethics”, en Martha Nussbaum y Amartya Sen [eds.], *Quality of Life*, Oxford: Clarendon Press.
- Buchanan, Allen E. (1984), “The Right to a Decent Minimum of Health Care”, en *Philosophy and Public Affairs*, vol. 13, núm. 1.
- Cohen, Gerald (1995), *Self-Ownership, Freedom and Equality*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Daniels, Norman (1985), *Just Health Care*, New York: Cambridge University Press.
- Daniels, Norman (2002), “Justice, Health, and Health Care”, en Rhodes, Battin y Silvers [eds.], *Medicine and Social Justice. Essays on the Distribution of Health Care*, Oxford: Oxford University Press.
- Daniels, Norman (2008), *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Doyal, Len y Gough, Ian (1994), *Teoría de las necesidades humanas*, Barcelona: FUHEM/Icaria.
- Engelhardt, H. T. (1999), “Salud, medicina y libertad: una evaluación crítica”, en Stefano Rodotà [ed.], *Salud y Libertad*, Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.

- Engelhardt, H. T. (1997), "Freedom and Moral Diversity: The Moral Failure of Health Care in the Welfare State", vol. 14, núm. 2, en *Social Philosophy & Policy*.
- Epstein, Richard (1999), *Mortal Peril. Our Inalienable Right to Health Care?*, Cambridge: Perseus Books.
- Gargarella, Roberto (1999), *Las teorías de la justicia después de Rawls*, Barcelona: Paidós.
- Hegel, G. (1975 [1821]), *Principios de filosofía del derecho*, Buenos Aires: Sudamericana.
- Hobbes, Thomas (1995 [1651]), *Del ciudadano y Leviatán*, Madrid: Tecnos.
- Kant, Immanuel (1996 [1797]), *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Barcelona: Ariel.
- Kymlicka, Will (2002), *Contemporary Political Philosophy an Introduction*, Oxford: Oxford University Press.
- Kubzansky, Krieger *et al.* (2001), "United States: Social Inequality and the Burden of Poor Health", en Evans *et al.* [eds.], *Challenging Inequities in Health, from Ethics to Action*, Oxford: Oxford University Press.
- Laurell, Asa Cristina (1998), "La globalización y las políticas de salud", en *Salud Problema*, núm. 4, año 3.
- Laurell, Asa Cristina (1994), "La salud: de derecho social a mercancía", en Laurel, C. [coord.], *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, México: UAMX, Fundación Friedrich Ebert.
- Nozick, Robert (1974), *Anarchy, State and Utopia*, Oxford: Basic Books.
- Organización Mundial de la Salud (2006), *The World Health Report 2006 - Working together for health*, Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2003), *Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro*, Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2000), *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2002), *Perfil de sistemas y servicios de salud, Estados Unidos de América*. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Washington: OPS.
- Rawls, John (1995), *Liberalismo político*, México: Fondo de Cultura Económica.
- Rawls, John (1971), *A Theory of Justice*, Oxford: Oxford University Press.
- Rawls, John (2002), *La Justicia como equidad, una reformulación*, Barcelona: Paidós.
- Sade, R. M. (2002), "Medicine and Managed Care, Morals and Markets", en Bondeson, W. y J. Jones [eds.], *The Ethics of Managed Care: Professional Integrity and Patient Rights*, Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Scanlon, T. (1976), "Nozick on Rights, Liberty, and Property", en *Philosophy and Public Affairs*, vol. 6, núm. 1.
- Singer, Peter (2003), *Desacralizar la vida humana. Ensayos sobre ética*, Madrid: Cátedra.
- Taylor, Charles (1983), *Hegel y la sociedad moderna*, México: Fondo de Cultura Económica.

Vladeck Bruce C. y Fishman (2002), "Unequal by Design: Health Care, Distributive Justice, and the American Political Process", en Rhodes, Battin y Silvers [eds], *Medicine and Social Justice. Essays on the Distribution of Health Care*, Oxford: Oxford University Press.

Zúñiga Fajuri, Alejandra (2007), "Sistemas sanitarios y reforma AUGE en Chile", en revista *Acta Bioethica* (OPS/OMS), vol. 13, núm. 2.

Alejandra Zúñiga Fajuri. Doctora en Derecho por la Universidad Autónoma de Madrid, investigadora y profesora de Derecho Constitucional en la Universidad de Valparaíso, Chile. Líneas de investigación: derecho a la salud y bioética. Publicaciones recientes: coautora con Pablo de Lora del libro *El derecho a la asistencia sanitaria. Un análisis desde las teorías de la justicia distributiva*, de la editorial IUSTEL (en prensa); "La justicia frente a las decisiones médicas", en *Revista de Ciencias Sociales*, Universidad de Valparaíso (2009); "Más allá de la caridad. De los derechos negativos a los deberes positivos generales", en *Revista de Derecho* de la Universidad Católica de Valparaíso (2009).

Recepción: 06 de octubre de 2009.

Reenvío: 16 de agosto de 2010.

Aprobación: 20 de agosto de 2010.