



Un panorama sobre la discusión actual en justicia sanitaria

Claudia de la Sierra

cdelasierra@adinet.com.uy

La justicia sanitaria

Dentro de la bioética, disciplina de peculiar expansión durante las últimas tres décadas, encontramos un considerable interés a partir de los ochenta por los temas de la justicia en la salud.

El visible desarrollo de la medicina moderna y las perplejidades morales a las que frecuentemente nos enfrenta, han despertado inquietudes en médicos, filósofos, teólogos, abogados y otros, quienes han intentado explorar y analizar en sus trabajos distintos conceptos y principios éticos relevantes en el quehacer científico y médico.

A partir de los años ochenta fundamentalmente en los Estados Unidos surgen distintas perspectivas acerca de los sistemas de salud y las desigualdades en el acceso. Desde los temas de justicia y equidad aplicados a la salud se discutió fundamentalmente en el sentido de qué es lo que debe garantizarse a los ciudadanos en cuanto a los servicios de atención. En 1983 se elaboró un informe sobre Salud en el cual intervinieron algunos filósofos, "Securing access to health care" editado por el Washington Government Printing Office. A partir del mismo surge la denominada doctrina del "mínimo decente" que fue básica para las recomendaciones formuladas en la oportunidad para América en cuanto a la atención de la salud. Desde este momento surgen distintas concepciones generando un debate en torno a la justicia sanitaria tanto en Estados Unidos como en América Latina.

El Banco Mundial en el informe del año 1993 "Invertir en salud" recomienda para los países en desarrollo (entre ellos América Latina) "medidas esenciales", que se asemejan a los "mínimos decentes" antes mencionados. Las recomendaciones son en el sentido de reorientar considerablemente las inversiones gastando mucho menos *"en las intervenciones menos eficaces en función de los costos, y duplicar o triplicar sus gastos en programas básicos de*

salud pública, como los de inmunizaciones y prevención del SIDA, y en -el conjunto mínimo- de servicios clínicos esenciales”¹.

Teniendo en cuenta estas situaciones reales es importante una reflexión ética que contribuya con una definición de salud que la conciba como un derecho universal e igualitario, comprometiendo diseños de políticas de asistencia más justas e igualitarias que serán de evidente impacto en el bienestar de los ciudadanos.

Los Estados a través de los gobiernos deberían acusar recibo de las necesidades reales de los ciudadanos haciéndose cargo de las correspondientes obligaciones.

La Constitución Uruguaya en el artículo número 44 establece:

“El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país.

Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.”

El criterio que prevaleció en quienes formularon este texto constitucional no fue el de la salud como un derecho universal e igualitario para todos los ciudadanos de la República sino el que surge del asistencialismo que frecuentemente inspiró a los constitucionalistas en la primera mitad del siglo XX.

El aporte que a este respecto se puede hacer desde las discusiones de justicia en materia distributiva aplicada en salud, es de interés, y como dice Norman Daniels², los argumentos filosóficos y posiciones en este ámbito no contestarán directa e inmediatamente las cuestiones acerca de cómo mejorar el sistema en la salud, pero ellos han de ayudar a explicar y aclarar los problemas de desigualdad e injusticia que surgen, cómo están conectados, y en general qué se tendría que cambiar para hacer satisfactorias algunas cuestiones.

Los derechos negativos o de primera generación y los derechos positivos o de segunda generación. La salud como derecho de segundo orden.

Dentro de una clásica clasificación de los derechos encontramos dos tipos: los denominados derechos negativos o de primer orden, de tradición

¹ Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, *Invertir en salud*, Banco Mundial, Washington, D.C., p. 6

² Daniels, N., *Just Health Care*, Cambridge University Press, Cambridge, 1985, p. ix. (En adelante *JHC*)

iusnaturalista, y los denominados derechos positivos o de segundo orden. Los derechos negativos son los inalienables al ser humano y son el derecho a la vida, la libertad, y sus distintas modalidades. En tanto se garanticen éstos, por ejemplo, si uno está libre de interferencia forzada, puede, en tanto y en cuanto no moleste a otro, actuar para alcanzar sus proyectos, apropiarse de tierras y objetos sin dueño legítimo, asociarse en el comercio y demás. Los demás están obligados solamente a abstenerse de usar la fuerza en su contra.

Los derechos positivos son radicalmente diferentes. Significan un derecho a algo, que crea más que una obligación negativa en los demás. Cuando los defensores de los derechos sociales y económicos hablan del derecho a la comida y al cuidado médico, no se refieren a que la gente tiene el derecho a actuar para adquirir esas necesidades de la naturaleza, quieren decir, en realidad, que los demás tienen una obligación para proveer esas cosas (o el dinero equivalente). Por consiguiente, negarse a proveerlos, constituye una violación de derechos.

Los derechos positivos y los derechos negativos son mutuamente excluyentes. Si uno prevalece, el otro desaparece. No puede haber un derecho a la comida en sí, junto con el derecho a no ser molestado. Si Juan se niega a proveer con comida a Pedro (o dinero para la comida) los derechos de uno u otro serán violados. O se respeta la decisión de Juan en cuyo caso el derecho a la comida de Pedro quedará anulado, o Juan será forzado a proveer comida o dinero, en cuyo caso su derecho de no ser molestado será ignorado.

Primero, hay que destacar que los derechos humanos si bien se juntan a los tradicionales negativos, naturales o lockeanos, no corresponden exactamente a lo mismo. Históricamente los Derechos Humanos nacen de la proclamación de los derechos Civiles y Políticos, recibiendo el nombre de Derechos de la Primera Generación. Cuando estos se originaron recibieron primero los nombres de derechos innatos, esenciales o los del hombre y ciudadano, semejantes a los llamados negativos. En el origen, los derechos individuales son concebidos a partir de la expresión de los "derechos innatos" o "esenciales". Se proclamó la facultad de todo ser Humanos frente al Estado de la siguiente manera:

Derechos Civiles: exigencia de los hombres frente al poder del Estado, fijando la exclusión de su Actuación. "Derecho de Autonomía"

Derechos Políticos: Participación de los Ciudadanos en la conformación del Estado por medio del Derecho a sufragio. "Derecho de Participación". El sujeto activo de este es la persona individual, considerada absoluta y aislada, denominándola finalmente "derechos individuales". Mientras tanto el sujeto pasivo está constituido por los Poderes del Estado.

Entre los derechos civiles y políticos podemos destacar: El derecho a la vida, al honor, a la libertad de expresión, a elegir y ser elegido, a petición, al libre tránsito

Los Derechos económicos, sociales y culturales son los denominados Derechos de Segunda Generación. Son resultantes de los cambios producidos por la revolución industrial y la Tecnológica, al advertirse la necesidad de la intervención del Estado en la defensa de los derechos a la educación y a la salud, libre sindicalización, la cultura y otras actividades de importancia similar.

Estos derechos tienen cierta característica de ambigüedad en el sentido de la aplicación ya que el derecho al Trabajo, por ejemplo, podría entenderse como un derecho de carácter económico pero también social.

En lo que respecta a sus representaciones individuales se lo caracteriza de la siguiente manera:

Derechos Económicos: aquellos vinculados con la creación, distribución y consumo de la riqueza Económica. Influye también en lo que respecta a los intereses privados de la persona y hasta tal vez el mismo control que puede ejercer el Estado dentro de este ámbito. Entre otros se encuentran: el derecho al trabajo, el derecho a un salario justo, a la sindicalización, etc.

Derechos Sociales: son aquellos referidos a la conformación social del la persona. Esto indica que incluye a todo lo relacionado con la interacción dentro de la sociedad. Los derechos sociales buscan que toda persona tenga igualdad en lo que respecta a su identificación dentro de la sociedad, esto es que deba tener las mismas oportunidades en la interacción social.

Podemos, también, decir que este Derecho es el dirigido desde el Estado, vinculado con la satisfacción de las necesidades primordiales de supervivencia de la persona y de la cual éste se hace responsable por medio de sus funcionarios públicos de poder cumplirlas. Dentro de esta clasificación encontramos el derecho a la salud, a la seguridad, etc.

Los Derechos Culturales: se dirigen a la visión de la persona en la búsqueda de su desarrollo Intelectual por medio del conocimiento científico, la protección de los intereses morales y toda aquella que esté vinculada con el desarrollo antes nombrado.

Se caracteriza por una doctrina significativa según la realidad cultural en la que ésta se pone en práctica, buscando la igualdad y la igualdad hacia una identidad propia y protegiendo también los de aquellas culturas minoritarias.

La Identidad, la educación y la información son los pilares de éste derecho permitiendo a la persona un desarrollo de sus capacidades.

Dentro de este Derecho vamos a encontrar una serie de disposiciones que la persona puede exigir: a la protección de los intereses morales, promoción

cultural de la identidad cultural; a la libertad de creación e interpretación artísticas; etc.

Las distintas perspectivas en justicia sanitaria

Los estudios de ética aplicada suponen una relación entre los juicios particulares sobre los dilemas morales contextualizados y los principios generales de la ética normativa.³ Los filósofos han discutido a lo largo de la historia mucho sobre la relación entre la teoría y la práctica y hoy encontramos distintas posiciones en torno al concepto de ética aplicada. Principalmente se dividen en dos grupos: aquellos que entienden que no necesariamente los juicios morales particulares o aplicados deben constituirse en reglas generalizables o ser aplicaciones de teorías normativas marcos (los casuistas y contextualistas), priorizando la consideración de los casos como método de resolución de problemas y de avance de la disciplina, y, por otro lado, (los teoricistas) quienes entienden que los estudios éticos aplicados deben buscar principios o normas que regulen las decisiones morales en las distintas esferas de aplicación, sosteniendo la necesidad de una teoría marco anterior para poder seleccionar y describir el caso particular.

Si nos situamos dentro de esta segunda forma de trabajo y el tema de análisis es el de la justicia distributiva en la salud, además de partir de cierta definición de justicia, hay que especificar una definición de salud. Establecer si se trata de un bien básico o no, y de serlo qué relación guarda con otros bienes. Determinar si los ciudadanos tenemos derecho a la salud y cómo se fundamenta, y de tratarse de un derecho, qué tipo de obligaciones tienen los Estados de proporcionar atención a través de los servicios de salud.

Daniels dice que una teoría de justicia articula los principios generales que gobernarían un sistema de salud en una sociedad dada. Para encontrar tales principios de justicia para la asistencia de salud debemos contestar preguntas tales como: qué tipo de bien social es la asistencia en salud, si hay obligaciones sociales de proveer asistencia sanitaria, y qué desigualdades en la distribución son moralmente aceptables. La salud es un bien especial y la importancia de su cuidado se vincula con los efectos de la enfermedad en la igualdad de oportunidades.

Algunos éticos le reprochan a Norman Daniels una concepción o definición de la salud biologicista o unicausal, donde la enfermedad cobra una importancia relevante al entenderla como provocadora de desigualdades en la libre igualdad de oportunidades de los ciudadanos.⁴ Por el contrario, hay

³ Guariglia, O., Bertomeu, M., Vidiella, G., "Persona, moral y derechos básicos." Parky (edit) *Ética, democracia y desarrollo humano*. Cers-Uahc, Santiago de Chile, Junio 1998

⁴ Bertomeu, O., Vidiella, G., "Persona moral y derecho a la salud", Cuadernos de Bioética, OPS, Chile, 1998

quienes entienden que se debe entender a la salud, o como un estado de completo bienestar desde un punto de vista utilitarista o, como el producto de un proceso multicausal. La perspectiva bienestarista tiene la dificultad de definir el “completo bienestar” con el riesgo de tener que considerar a todos los que no lo consiguen, enfermos. La teoría multicausal propone considerar la salud-enfermedad como el proceso resultante de cuatro factores: la población, el medio ambiente, el comportamiento humano y los servicios de salud.⁵

En el marco de esta discusión encontramos, por un lado, autores que no creen que los Estados deban asumir compromisos fuertes con la atención sanitaria y enfatizan en los colapsos económicos que se provocarían al atender todas las demandas de la población en forma igualitaria. Por otro lado, se encuentran aquellos que entienden lo contrario y defienden la existencia de un derecho a la atención de la salud de alta calidad y garantizado a todos por igual: es el caso de liberales rawlsianos argumentando que, o bien la atención de la salud es un derecho surgido del segundo principio de justicia como lo sostiene Daniels, o, la salud es un bien básico especial surgido del primer principio de justicia, como lo cree Green.⁶ En el caso de Ronald Dworkin, la salud aparece como un bien básico y el criterio para su distribución surge del dispositivo denominado, el mercado hipotético de seguros. El derecho a la igual consideración y respeto que señala Dworkin como derecho básico profundo para cualquier teoría de justicia también da base a un tratamiento igualitario de los ciudadanos en el sistema de atención de la salud.

Además de los autores mencionados encontramos a quienes entienden la salud o como una capacidad necesaria, entre otras, para ser persona (Nussbaum) o, como un aspecto del bienestar “wellbeing” de la persona (Sen).⁷

Estos últimos autores, ético aristotélicos, afirman que el sostener que la salud es un bien primario para todos por igual no distingue las distintas capacidades de los individuos que pueden requerir de distintas cuotas del bien. Estos autores han formulado una teoría de las capacidades y funcionamientos que guía hacia otros criterios distributivos que atienden la consolidación del bienestar como una actividad relacionada con el funcionamiento que logra cada persona. En definitiva lo que entienden es que sólo con el derecho no se garantiza que la persona efectivamente logre niveles aceptables de salud

⁵ *Ibíd.*, p. 60

⁶ Guariglia, O., Bertomeu, M., Vidiella, G., “Persona, moral, y derechos básicos..”, p. 169

⁷ Estos últimos autores, ético aristotélicos, afirman que el sostener que la salud es un bien primario para todos por igual no distingue las distintas capacidades de los individuos que pueden requerir de distintas cuotas del bien. Estos autores han formulado una teoría de las capacidades y funcionamientos que guía hacia otros criterios distributivos que atienden la consolidación del bienestar como una actividad relacionada con el funcionamiento que logra cada persona. En definitiva lo que entienden es que sólo con el derecho no se garantiza que la persona efectivamente logre niveles aceptables de salud porque puede ser incapaz de transformar ese derecho en bienestar sanitario por un problema de incapacidad.

porque puede ser incapaz de transformar ese derecho en bienestar sanitario por un problema de incapacidad.

Las propuestas que sostienen a la salud como un derecho surgieron en respuesta a posturas contrarias a entenderla en esos términos, fundamentalmente desde los teóricos libertarios. Éstos creen que no se puede hablar de derecho a la salud porque hay desiguales niveles de acceso de acuerdo a los estratos sociales, lo que se debe procurar son mínimos decentes para todos.

Entre quienes mantienen que no se puede hablar de derecho a la salud se encuentran autores como Nozick y Tristram Engelhardt.

El supuesto derecho a la asistencia sanitaria implica una exigencia contributiva para muchas personas que no desean participar en un sistema de salud y no lo creen moralmente justificado.

*¿Cómo se fundamentan los derechos?*⁸

Rawls deriva los derechos de la noción de persona moral. Ésta es la que goza autonomía plena porque tiene sentido de justicia y puede elegir sus propios planes de vida. Tanto Daniels como Green –autores rawlsianos-, no derivan los derechos de persona moral, sino, como ya se ha mencionado, Daniels lo deriva de la justa igualdad de oportunidades,⁹ y Green del primer principio, el de la libertad. Los utilitaristas, como Mill o Hare, fundamentan los derechos en la utilidad, en el entendido de que los principios de libertad y de justicia producen mayor felicidad a largo plazo. La justificación utilitaria no brinda prioridad a los derechos.

⁸ Sin entrar en el análisis del vocabulario de los derechos y su justificación, simplemente señalo que la noción de derechos tiene justificaciones pragmáticas: enfocan el punto de vista de la víctima y del oprimido y tienen connotaciones legales. Desde el punto de vista de la justificación de los derechos, por ahora no entraré en los detalles de las distintas tradiciones. Una justificación contemporánea es la ofrecida por Rawls a partir de sus principios de justicia y será básica para este trabajo. (Singer, P., (comp), *Compendio de Ética*, Madrid, Alianza, 1995)

⁹ Daniels, N., *JHC*, p. 4-5.

“De cara con las significativas desigualdades en la distribución de los servicios de salud, muchos comienzan por invocar la noción de derechos individuales y afirmar que está envuelta la violación de derechos básicos. Ellos creen que una justa redesignación de instituciones de asistencia puede ser efectuada por apelación a tal noción. Haciéndolo entonces, algunos pretenden reclamar justificables los derechos de bienestar... La afirmación de derecho podría simplemente ser la natural o sola manera que viene a mente para argumentar por una justa reforma e insistir que el sistema de asistencia elimine las desigualdades encontradas objetables [...] Mi suposición de trabajo en este ensayo es que la apelación al derecho a la asistencia sanitaria no es un apropiado punto de partida para la injusticia dentro de la asistencia sanitaria. Los derechos no son un fruto moral que expresar desde la tierra, sin cultivación. Antes, estaremos justificando en demandas de derecho de la asistencia sólo si puede ser cosechado desde un aceptable y general teoría de la justicia distributiva, o, más particularmente desde una teoría de la justicia para la asistencia sanitaria. Tal teórica nos diría qué tipo de reclamo de derecho son legítimamente vistos como derechos. También nos ayudaría a especificar los alcances y límites de justificación de las demandas de derechos.”

Tristram Engelhardt refuta el derecho a la salud diciendo que como los derechos implican un reclamo legítimo hacia terceros, pertenece a la esfera de la justicia, por lo tanto la admisión de un derecho a la atención de la salud conduce a entender a la enfermedad como una injusticia.

Se ha señalado que esto implica desconocer el resultado de las loterías naturales y sociales en nuestras vidas produciendo desigualdades.¹⁰

Todo derecho tiene como correlato una obligación. A diferencia de los derechos negativos, los derechos positivos como el derecho a la salud genera obligaciones no claramente delimitadas ya que requieren de una disponibilidad de recursos y de voluntad de realización de difícil medición.

Como se puede apreciar el concepto de derecho a la salud es de gran relevancia teórica para los temas de justicia distributiva pero es una noción compleja, difícil de determinar porque requiere de especificaciones de distinta índole. Por ejemplo, qué debe entenderse por necesidades en salud, cómo definir las prioridades y qué peso asignarle a la salud en relación con otros bienes básicos.

Por ejemplo, para Engelhardt las necesidades no pueden convertirse en reclamos hacia terceros en forma de derechos porque implica una violación a la autonomía de la persona legitimando medidas coactivas por parte del estado hacia la propiedad o la libertad (en forma de impuestos, subvenciones, etc.).

Una forma de justificar los derechos más allá de la distinción entre negativos y positivos es la de persona moral vinculada a la de capacidades y es la propuesta de Guariglia, Bertomeu y Vidiella. Rescatan la noción de persona moral para fundamentar los derechos¹¹ y por lo tanto el derecho a la atención de la salud sería un derecho básico al estar conectado con las capacidades básicas para el desarrollo de la persona moral autónoma. Sen ha diseñado una teoría de las capacidades y funcionamientos que procura diseñar criterios distributivos que enfoquen fundamentalmente los problemas del hambre en el mundo. Cree que lo que permite medir el grado de justicia existente en una sociedad no son la posesión de bienes ni la satisfacción de necesidades, sino el grado de desarrollo de las capacidades de funcionamiento logradas por los individuos.

La noción de capacidades que toman de Sen, los autores antes mencionados, es central para la noción de persona moral autónoma. La salud en su definición multicausal y como una capacidad para funcionar es una de las facetas inseparable del desarrollo de nuestras capacidades. Llegaremos a ser

¹⁰ Bertomeu, M., Vidiella, G., "Persona moral y derecho a la salud", p. 54

¹¹ Alan Gewirth afirma que son necesarios los derechos para que las personas sean capaces de obrar como agentes morales mostrando autonomía en el ejercicio de su elección, justificando de esta manera la prioridad de los derechos en su defensa. (Tomado de Singer, P., *Compendio de Ética*, 1995)

personas autónomas si se contemplan las necesidades de nuestro desarrollo, salud, educación, nutrición etc., como derechos básicos. Esta idea de persona moral esta intrínsecamente vinculada a cuatro principios de justicia: la universalidad, la igualdad, la equidad y la solidaridad. El derecho igualitario y universal a la atención de la salud se sostiene en estos cuatro principios y origina obligaciones por parte del estado para con los miembros de la sociedad.¹²

El principio de universalidad aplicado al derecho a la atención de la salud que implica que todos tenemos igual derecho al acceso a los servicios de salud entraría en contradicción con algunas políticas muy generalizadas de ayuda a los más carenciados.

Los marcos teóricos: algunas de las propuestas

Tristram Engelhardt y los liberales igualitaristas: Norman Daniels y Ronald Dworkin

1. Tristram Engelhardt

Engelhardt no sólo no reconoce la posibilidad de fundamentar moralmente el derecho a la asistencia sanitaria de carácter universal y básica sino que califica tal posibilidad de inmoral; no es posible fundamentar derechos de asistencia porque es necesario el permiso o consentimiento de la sociedad para efectivizarlos y es materialmente imposible que en sociedades de gran escala se concuerde en una visión sobre la justicia y beneficencia, entonces no pueden ser creados tales derechos. Resulta imposible respetar la libertad de todos y a la vez contemplar lo que más convenga a cada uno.

Si se pretendiera exigir el derecho a la asistencia sanitaria sin apelar al principio de permiso, significaría pretender que se pudiera obligar a otros a trabajar o confiscar su propiedad. El derecho mencionado dependerá de una interpretación determinada de la beneficencia y por lo tanto, puede entrar en conflicto con las decisiones de las personas que no desean participar y pueden de hecho, oponerse moralmente a un determinado proyecto de sanitario.

Engelhardt señala que la pretensión de un Estado o gobierno de fomentar o implantar una política sanitaria: a) universal, b) igualitaria, c) que respete la libertad de elección de prestatarios y consumidores, d) con costes sanitarios contenidos, es imposible, demagógico y producto de una postura ideológica totalitaria. Es impracticable un sistema que responda a estos cuatro aspectos al mismo tiempo.

El autor no profundiza en las razones específicas para tal imposibilidad práctica pero señala que radica en el conflicto entre libertad y beneficencia y

¹² Bertomeu, M.,G., Vidiella, “Persona moral y derecho a la salud”

entre lo que se busca y los resultados que se pueden obtener en materia sanitaria. Concluye que un sistema sanitario que reconozca las limitaciones económicas y morales a la hora de ponerse en práctica debe:

“1. Aprobar la desigualdad en el acceso a la sanidad como un hecho moralmente inevitable, que se basa en la existencia de recursos privados y de libertad humana. 2. Respalda el hecho de que poner precio al salvamento de vidas humanas forma parte de la creación con fondos públicos de un sistema de asistencia sanitaria efectivo con respecto a los costes.”¹³

Los límites que señala Engelhardt para la racionar los recursos en el sistema son:

1. la razón secular no permite encontrar una forma generalizada y obligatoria de hacerlo;

2. los Estados y sociedades están limitados para apropiarse de los servicios que son de las personas o para condicionar los relacionamientos entre médicos y pacientes porque la autoridad moral secular es concedida mediante permiso por los individuos a los Estados;

3. la propiedad privada limita la autoridad de sociedades y Estados de apropiarse y redistribuir los recursos (por ejemplo mediante gravámenes);

4. la finitud de los recursos limita las oportunidades tanto de individuos como de grupos de acceder a la asistencia sanitaria de forma igualitaria y con todos los recursos posibles en teoría (el sistema colapsaría frente a tal posibilidad).

El autor concluye que la legitimidad moral secular de alcanzar un ideal de asignación de recursos es muy limitada. Frente a la pregunta de cuándo las desigualdades y necesidades generan el derecho de exigir a los demás legítimamente, Engelhardt afirma que cuando la “lotería natural”¹⁴ no nos ha favorecido en nuestra salud, es decir frente a enfermedades terminales en niños o males congénitos, si bien no ser benéfico puede ser a la luz de concepciones religiosas hasta “pecaminoso”, no hay una fundamentación secular para la obligatoriedad de cargar con la financiación mediante impuestos de tales enfermedades. Con respecto a la denominada “lotería social”¹⁵ que afecta la historia de vida de los individuos, y que dependen de nuestra buena o mala suerte y no de injusticia alguna, tampoco en estos casos hay una justificada razón para obligar a los ciudadanos a restituir el daño que no han

¹³ Engelhardt. T., op. cit., p. 404

¹⁴ En la literatura filosófica se utiliza la expresión “lotería natural” para referirse a los cambios azarosos en nuestra vida que no resultan de la acción de las personas en forma directa sino de las fuerzas de la naturaleza. Por ejemplo, en el ámbito de la salud, las enfermedades hereditarias, etc.

¹⁵ Este término contrasta con el anterior, lotería natural, dado que es utilizado para identificar los cambios en la fortuna o suerte en nuestra vida producto de la acción de las personas. Por ejemplo, la situación social que ocupamos por nuestro desempeño y/o producto de la situación familiar heredada.

ocasionado. Por ejemplo, es el caso de un menor que no cuente con cobertura médica porque no tiene los recursos, no puede trabajar, y sus responsables no pueden solventar el acceso a un sistema privado de salud, si bien, hay una obligación parental moral y quizás legal, no la hay del resto de la población; no se puede obligar mediante la fuerza del Estado a solventar esos gastos. Las ventajas o desventajas que sean por acciones u omisiones censurables de otros deben ser prevenidas y rectificadas por un Estado justo y benévolo, mediante la legítima protección policial la restitución forzosa y programas caritativos. Pero es quien perjudica quien debe restituir, no la sociedad en su conjunto. Quienes sean perdedores en la lotería natural y social al mismo tiempo necesitarán asistencia sanitaria sin disponer de recursos para el acceso.

La línea divisoria entre lo desafortunado y lo injusto es difícil de trazar pero el autor ofrece algunos ejemplos:

“El dolor y el sufrimiento de la enfermedad, incapacidad y enfermedad, así como las limitaciones que impone la deformidad, reclaman la simpatía de todos para prestar ayuda y procurar algún consuelo a quienes las sufren. Los daños, incapacidades y enfermedades debidos a las fuerzas de la naturaleza son desafortunados. Los daños, incapacidades y las enfermedades debidas a acciones ajenas no consentidas son injustas.”¹⁶

Pero este acto es injusto con respecto a la relación entre los implicados, es decir, el perjudicado y la persona que infringió el daño, no implica que sea injusto con respecto a la relación entre el perjudicado y la sociedad. El autor nos ofrece distintos casos en donde podemos distinguir situaciones de mala suerte y de injusticia. Aparecen claramente justificables los casos en donde el conjunto de la sociedad tuvo que ver con el daño o perjuicio ocasionado a un individuo para que ese caso de injusticia justifique un derecho al reparo. En los demás casos se pueden generar casos de imposibilidad práctica de una sociedad o Estado para solventar económicamente tales derechos cedidos.

“Si se considera que el perder en la lotería social y natural generara el derecho exigir asistencia sanitaria nos enfrentamos a una dificultad práctica: el intento de restablecer la salud durante un período indefinido de tiempo puede mermar los recursos sociales al perseguir extensiones eternamente aumentadas de una vida de calidad marginal. ...La pérdida en la lotería natural concerniente a la salud puede consumir recursos importantes ganándose poco a cambio. Frecuentemente sólo se consigue poco alivio, pero a un coste elevado.”¹⁷

¹⁶ Engelhardt, T., op. cit., p. 411

¹⁷ Engelhardt, T., op. cit., p. 412

Analizando este último fragmento observamos las dificultades de conciliar en temas de justicia distributiva, las evaluaciones en términos o resultados económicos de lo posible o factible con una concepción “humanista” de la salud, la vida y el sufrimiento del paciente como factor importante. La expresión “ganar poco” o “conseguir poco alivio” en un paciente discapacitado frente a un tratamiento costoso es la observación de aquel que se coloca fuera y lejos del propio paciente que puede ver cambiada su situación en un cien por ciento.

2. Norman Daniels y Ronald Dworkin

Estos dos autores presentan diferencias importantes básicamente en la forma de aproximarse al tema que nos convoca. En el caso de Daniels ha centrado el tema de la justicia sanitaria en varios de sus trabajos, *Just Health Care* o *Am I my parents' keeper*, son los más importantes, abarcando tanto aspectos de fundamentación teórica como de aplicación práctica. En el caso de Dworkin no ha sido un tema central en sus trabajos pero sí ha abordado el tema en su libro *Sovereign Virtue*, específicamente la justicia y los altos costos de la salud, es decir, encontramos un abordaje específico en el ámbito práctico y no tan claramente aspectos teóricos o de fundamentación como es el caso del primer autor.

Daniels, en el prefacio de *Just Health Care* distingue cuatro tipos de problemas fundamentales a definir y que hacen al tratamiento del tema de la justicia y la salud: primero, definir qué tipo de bien social es la salud y qué relación tiene y qué diferencias con otros bienes; segundo, determinar si hay o no obligación de proveer atención sanitaria; tercero, qué desigualdades de la distribución son moralmente aceptables y por último, los límites que proveen autonomía y libertades individuales a médicos y pacientes en la justa distribución de recursos.

Luego de determinar el estatus de la salud, Daniels se aboca a presentar el tema como un problema de justa distribución de recursos: es decir, discute los criterios bajo los cuales deberíamos resolver el tema de la distribución de recursos para la salud. El libro que reúne los principales argumentos en este sentido es: *Am I my parents' keeper?*¹⁸ En este texto plantea la cuestión de la distribución de recursos en términos de prioridades y discute particularmente la relación entre jóvenes y viejos en una sociedad. Señala que no necesariamente la prioridad debe volcarse a los jóvenes en detrimento de los viejos porque esto podría transformarse en discriminación.

Ofrece una solución a la discusión proponiendo la noción de “The prudential lifeplan account”, por la cual la perspectiva para tomar las resoluciones de racionamiento tendría en cuenta toda la vida y no sólo las

¹⁸ Daniels, *Am I my parents' keeper?* New York, Oxford University Press, 1988

etapas o edades de los individuos y en competencia; viejos y jóvenes. En realidad propone una racionalidad bajo *prudencia*, esto significa, actuar asumiendo que somos una misma persona tanto cuando somos jóvenes como cuando somos viejos, suponiendo una continuidad psicológica a la hora de tomar una resolución en materia distributiva. Son varias las definiciones y conceptos que sostienen su teoría a las que no haremos mención en este artículo.

Otro texto posterior y donde discute más específicamente cómo realizar una reforma de la salud en Estados Unidos que logre una mayor justicia en los tratamientos de salud, es: *Seeking fair Treatment. From the AIDS Epidemic to National Health Care Reform*. A estos problemas de distribución de recursos o de justicia distributiva se le denominan también, y sobre todo en la literatura anglosajona, problemas de “racionamiento”.

En el artículo “Meeting the Challenges of Justice & Rationing” de 1994 en *Hasting Center Report*, Daniels distingue cuatro tipos de problemas a resolver en la atención de la salud en un contexto de recursos escasos:

a) qué alcance deberíamos favorecer para la obtención de los mejores resultados en la asignación de recursos; b) qué prioridad deberíamos dar a los más necesitados;

c) cuándo suministrar moderados beneficios para algunos que deben ser privilegiados por encima de suministrar significativos beneficios para menos gente; y, d) cuándo debemos confiar en el proceso democrático para determinar cuál es el justo resultado en el racionamiento.

Ronald Dworkin en “Justice and the High Cost of Health” en *Sovereign Virtue* señala que el sistema de salud norteamericano es muy costoso e irracional: realiza opciones por los usuarios en sentidos que el mismo usuario no haría, cubriendo costos de las aseguradoras y riesgos que el paciente no conoce o sobre los cuales no está informado. El autor propone un ideal de seguro prudente, “prudent insurance ideal”.

El derecho a la salud

El establecimiento del estatus de la salud es central para una teoría de la justicia distributiva sanitaria; desde la negación de la salud como un derecho hasta la defensa de la misma como un derecho universal e igualitario en un abanico de matices, darán base a los criterios o énfasis en la macroasignación de recursos entre otras cuestiones.

Ni los filósofos, ni los políticos o los simples individuos niegan la relevancia de la salud a la hora de medir el bienestar o la calidad de vida de los miembros de una sociedad cualquiera. Las diferencias comienzan en la forma de definir o entender a la salud y, en el cómo y quienes deben garantizar la atención de

esa salud; el mercado y sus reglas o, la sociedad en su conjunto con la obligación a través del Estado de brindar cobertura a los ciudadanos. Dentro de quienes concentran la discusión en la atención de la salud, aparecerán matices en cuanto al grado de obligación y los servicios que se deben ofrecer como mínimos decentes o máximos universales e igualitarios.

A pesar de ser reconocido como un derecho en diversos documentos internacionales, la atención de la salud de forma universal e igualitaria es cuestionada desde las corrientes éticas y filosófico- políticas libertarias. Uno de los argumentos para esta negativa es el alto costo imposible de sostener para cualquier sistema sanitario público si se reconociera un derecho universal e igualitario de acceso para los ciudadanos. Autores como Engelhardt y Sade entienden que el principio de autonomía de la persona impide la justificación de derechos positivos, en el caso de admitirlos se legitimarían acciones coactivas por parte del Estado hacia personas y bienes de terceros, por ejemplo en forma de impuestos para aliviar a sectores menos favorecidos. Para ellos, lo más justo es que la salud esté regulada por el libre mercado.

Entre quienes mantienen que no se puede hablar de derecho a la salud se encuentran autores como Nozick y Tristram Engelhardt.

Este último entiende que hablar de justicia en materia distributiva y proponer definiciones de justicia social es una deshonestidad intelectual. Hacerlo supone un acuerdo en la reflexión moral que es inexistente. El supuesto derecho a la asistencia sanitaria implica una exigencia de servicios y bienes que de hecho puede oponerse al deseo de muchas personas que no desean participar con sus contribuciones en un sistema sanitario determinado porque no lo creen moralmente justificado.

Otros autores entienden que la atención sanitaria exige un mínimo decente en la atención. Mientras alguno aceptan la idea de un derecho positivo restringido, asegurando un *decente mínimo* de atención a través del Estado para el conjunto de la sociedad, otros, por el contrario, no lo entienden como un derecho sino como un deber de beneficencia. Los primeros fundamentan el derecho a través de la *obligación* del conjunto social para con quienes lo necesitan, y los segundos pretenden asegurar ese *decent minimum* a través del *deber de beneficencia*.

Las propuestas que sostienen a la salud como un derecho surgieron en respuesta a posturas contrarias a entenderla en esos términos, fundamentalmente los teóricos libertarios. Éstos creen que no se puede hablar de derecho a la salud porque hay desiguales niveles de acceso de acuerdo a los estratos sociales, lo que se debe procurar son mínimos decentes para todos.

Entre quienes entienden y defienden la existencia de un derecho a la atención de la salud de alta calidad y garantizado a todos por igual se

encuentran los denominados liberales igualitaristas argumentando que, o bien la atención de la salud es un derecho surgido del segundo principio de justicia como lo sostiene Daniels, o, en el caso de Dworkin, la salud aparece como un bien básico y el criterio para su distribución surge del dispositivo denominado, el mercado hipotético de seguros. El derecho a la igual consideración y respeto que señala Dworkin como derecho básico profundo para cualquier teoría de justicia también da base a un tratamiento igualitario de los ciudadanos en el sistema de atención de la salud. En su momento analizaremos detenidamente los argumentos de Dworkin.

Además de los autores mencionados encontramos a quienes entienden la salud o como una capacidad necesaria, entre otras, para ser persona (Nussbaum) o, como un aspecto del bienestar -wellbeing- de la persona (Sen).¹⁹

Pero, qué queremos decir con “derechos”. Cuando hablamos de *derechos*, con el mismo término nos podemos referir a cosas sustancialmente diferentes. Para empezar, hay derechos activos y derechos pasivos; derechos a hacer cosas y derechos a ser destinatario de acciones hacia o para uno. Pero además, hay diferencias que han sido distinguidas en las taxonomías de derechos más reconocidas; derechos como exigencias, como potestades, como libertades o como inmunidades o, como restricciones de partes (en el caso de Nozick). El empleo preciso del término y la justificación del mismo es motivo de controversias.

Todo derecho tiene como correlato un deber. A diferencia de los derechos negativos o activos, entendidos como aquellos que nos posibilitan la acción, los derechos positivos o pasivos, los que requieren de la acción de otros hacia nosotros, como el derecho a la salud, generan obligaciones no claramente delimitadas ya que requieren de una disponibilidad de recursos y de voluntad de realización de difícil medición. Kant ha explicado estas diferencias estableciendo la distinción entre *los deberes de obligación perfecta* y *los de obligación imperfecta*.

Kant establece que las acciones moralmente válidas y los principios que las rigen son universalizables y las adoptamos por “deber”. Contrapone los deberes para con uno y para con los demás y en cada uno de los tipos distingue entre deberes perfectos e imperfectos. Los deberes perfectos son completos en el sentido de que son válidos para todos los agentes y en todas

¹⁹ Estos últimos autores, ético aristotélicos, afirman que el sostener que la salud es un bien primario para todos por igual no distingue las distintas capacidades de los individuos que pueden requerir de distintas cuotas del bien. Estos autores han formulado una teoría de las capacidades y funcionamientos que guía hacia otros criterios distributivos que atienden la consolidación del bienestar como una actividad relacionada con el funcionamiento que logra cada persona. En definitiva lo que entienden es que sólo con el derecho no se garantiza que la persona efectivamente logre niveles aceptables de salud porque puede ser incapaz de transformar ese derecho en bienestar sanitario por un problema de incapacidad.

las circunstancias con otras personas. Ejemplos de éstos son: el abstenerse de prometer en falso, abstenerse en actos de violencia, etc.. Kant infiere los principios de obligación imperfecta bajo el siguiente supuesto: los agentes racionales con quienes compartimos el mundo no son autosuficientes y por lo tanto son vulnerables. Los agentes, señala, no querrían de forma racional que se adoptase un principio universal que negara la ayuda de unos con respecto a otros o de descuidar el desarrollo del propio potencial. Sin embargo, estos principios de no dejar de ayudar a los necesitados o de desarrollar el potencial propio son de obligación imperfecta. Estas obligaciones son indeterminadas y carecen de derechos como contrapartidas; son la base de deberes imperfectos.²⁰

Como se ha mencionado en la introducción el concepto de derecho a la salud es de gran relevancia teórica para los temas de justicia distributiva pero es una noción compleja, difícil de determinar porque requiere de especificaciones de distinta índole. Por ejemplo, qué debe entenderse por necesidades en salud, cómo definir las prioridades y qué peso asignarle a la salud en relación con otros bienes básicos. Entiendo que la propuesta de Daniels ofrece posibilidades de respuestas a estas cuestiones y será analizada más adelante. Intentaré fundamentar a la salud como uno de los derechos humanos básicos, de una relevancia ética necesaria pero que además debe contar con el respaldo de la instancia legal en las distintas sociedades que garantice su consagración de hecho para todos los ciudadanos.

Dworkin ofrece una noción que consideraré básica para argumentar en favor del derecho a la salud: el derecho a la igual consideración y respeto.

Una perspectiva latinoamericana de defensa del derecho a la atención de la salud

Graciela Vidiella y María Julia Bertomeu han publicado sus trabajos sobre la justicia sanitaria en libros y distintas revistas especializadas.²¹

La tesis doctoral²² de Vidiella presenta una perspectiva universalista e igualitarista de la defensa del derecho a la salud. El objetivo de Vidiella es explicitar un marco normativo que permita la fundamentación del mencionado derecho con carácter igualitario y de alcance universal en el que se basa su propuesta de una teoría de la justicia sanitaria. Esta última le exige explicar qué clase de bien es la salud, cuál es el carácter de sus necesidades y cómo se vincula con otros bienes básicos; establecer el contenido, alcance y límites del derecho a la asistencia sanitaria; jerarquizar las prioridades con respecto a las

²⁰ O'Neill, O., "La ética kantiana" en Singer P., (comp.), *Compendio de Ética*. ps. 253-266.

²¹ Entre otros materiales se encuentran: Vidiella, Graciela, EDS., Bertomeu y Vidiella, "Persona moral y justicia distributiva", *Agora*, Papeles de filosofía, Universidad de Santiago de Compostela, 14/2, 1995.

²² Vidiella, G., EDS.

necesidades y servicios a proveer y, especificar cuál es el nivel de atención sanitaria que un Estado justo tienen la obligación de satisfacer.

Presenta, asimismo, las principales propuestas sobre racionamiento de recursos escasos en el ámbito sanitario y por último, basada en los principios éticos que ha sostenido, intenta establecer una guía para un posible proyecto de reforma del área en Argentina.

El interés que presenta una propuesta como la de estas autoras es el intento de proponer categorías normativas sustantivas, desde sus raíces kantianas y universalistas, que den base a criterios distributivos que puedan adecuarse también, a las realidades que no pertenecen a las sociedades más avanzadas. Con el propósito de superar la crítica a las éticas deontológicas, - en el sentido de la pobreza normativa resultado entre otras cosas de la carencia informacional con la que se manejan-, las autoras proponen el concepto de persona moral como una categoría que apunta a resolver estas dificultades para una teoría de la justicia. Para que la idea de persona tome realidad en las individualidades y no sea un mera idea abstracta señala que es necesario conectarla con ciertos principios básicos de justicia que garanticen derechos inalienables. Los sujetos deben ser entendidos como portadores de algunos intereses preponderantes, sin los cuales no serán reconocidos en su igual dignidad, así como poseedores de una racionalidad argumentativa y práctica que se desenvuelve en el ámbito social. A partir de dichos intereses se legitiman derechos básicos. Para determinar cuáles son los bienes básicos que un individuo necesita para convertirse en una persona madura en su ámbito social, además de los dos principios rawlsianos de justicia, Vidiella en *El derecho a la salud*²³, propone un principio sustantivo de autonomía que sintetiza los aspectos de la persona moral bajo la forma de un principio universal. Éste estipula que *todo miembro de la sociedad deberá tener iguales posibilidades para alcanzar una capacidad madura que le permita hacer uso de sus derechos y articular argumentativamente sus demandas*. De su definición se deriva la legitimación de ciertos derechos positivos necesarios para dar cumplimiento al ideal de autonomía de la persona madura. Vidiella propone una lista de capacidades básicas mutuamente dependientes en distintos grados para el desarrollo de la persona moral autónoma que incluye entre otras: el ser capaz de vivir hasta el fin de la vida lo mejor posible (no morir prematuramente o no quedar reducido en sus posibilidades); ser capaz de estar libre de enfermedades evitables; ser capaz de alimentarse adecuadamente; ser capaz de poseer una vivienda digna, etc. Al proponerle al concepto de persona moral las nociones de capacidades y funcionamientos tomadas de A. Sen, logra una conexión entre interés y derecho que permite dar cuenta de las necesidades de los individuos concretos en los criterios distributivos que se adopten.

²³ Vidiella, G., *EDS*.

El Estado justo debe procurar que los individuos logren desarrollar esta capacidad promoviendo el desarrollo de ciertas capacidades básicas a través de las tareas de salud, educación, nutrición, etc.

En relación al tema de asignación de recursos en la salud y los criterios normativos que deben orientar los procedimientos, es importante la noción de necesidades sanitarias. La primera constatación, que la aleja de las tesis del *decent minimum* para la salud, es que ésta es un bien indivisible y sus necesidades no admiten niveles, es decir, no puede distinguirse entre una salud básica, en la que se proporcionen servicios mínimos, y una salud superior, sin producir serias injusticias e inequidades en el acceso. Explica que la salud no puede aislarse de factores tales como la educación, el medio ambiente, las condiciones socioeconómicas, alimenticias, etc., lo que implica un abordaje integral de las necesidades humanas que contrarreste el desarrollo de un modelo médico ineficiente cuyo principal objetivo es la acción curativa en detrimento de la práctica científica más integradora y efectiva.

Uno de los argumentos en contra de la defensa del derecho a la salud pone el acento en la dificultad para diferenciar entre necesidades y preferencias. Para distinguirlos es imprescindible contar con un criterio objetivo que permita justificar el status de ciertas necesidades. El índice de capacidades básicas justamente ofrece ese criterio, ayudando a definir las necesidades en función de las capacidades, superando el problema de que se tornen indiferenciables de las preferencias individuales.

Las autoras logran una aproximación a los temas de justicia y de defensa de ciertos derechos que no desatiende las realidades de las sociedades con democracias menos avanzadas o donde no existe tal forma de gobierno, a partir de una concepción del sujeto que incluye su intrínseca capacidad de actuar y reclamar en el ámbito social y la necesidad de desarrollo de esa capacidad global como condición *sine que non*.

La propuesta en materia distributiva se ajusta a criterios que apuntan en líneas generales a centrar el tema en los desarrollos y no a la distribución de bienes, y por esto, la incorporación de la noción de capacidades y funcionamientos que enmarca esos desarrollos. Al estipular una noción de persona madura -que es la capaz de hacer uso efectivo de sus derechos y articular demandas en el ámbito social- establece el criterio que fija el contenido de esas capacidades. Con la noción de capacidades básicas, por un lado, logra sensibilidad a la hora de atender las diferencias individuales para transformar las cuotas de bienes en bienestar, y por otro lado, logra definir las necesidades en función del conjunto básico de las mismas diferenciándolas de las preferencias individuales, mérito no menor a la hora de fundamentar derechos o criterios distributivos.

El engranaje argumental que proponen las autoras no sólo logra defender y fundamentar el derecho a la salud sino que sienta las bases para la defensa de otros derechos positivos que se corresponden con las capacidades definidas como básicas sin las cuales es imposible devenir una persona madura.

Conclusión

Desde la filosofía generalmente no se mueven masas ni realidades en ningún sentido, pero se puede contribuir al mejor entendimiento de una realidad determinada; por ejemplo con el esclarecimiento de aspectos controversiales. En este sentido desde la ética aplicada a la salud la consideración de argumentos moralmente justificados o injustificados, o el esclarecimiento de ciertos dilemas éticos cotidianos, puede influir aunque sea en manera indirecta en ciertos cursos de acción.

Nuestro propósito es fundamentar el derecho a la salud como uno de los derechos inalienables a la condición humana.

Como hemos visto, los autores libertarios, entre ellos, Engelhardt, excluyen la posibilidad de reconocer a los derechos positivos, entre los que estaría el derecho a la atención de la salud, como un derecho fundamental. El argumento de la lotería natural o social como producto de la mala o buena suerte, y no de la justicia o injusticia, no es a mi entender, compartible. No es convincente la afirmación de que la mala suerte social o natural no genera obligaciones a terceros. Las sociedades pueden ocasionar exclusión entre sus ciudadanos a causa de determinadas políticas y por lo tanto promover las posibilidades de “mala suerte social” y no de disminuirlas. En economías empobrecidas como la de los países tercermundistas, los jóvenes y niños fundamentalmente son quienes tienen mayores chances de nacer en hogares pobres y sufrir las desventajas sociales y culturales que eso implica. En el aspecto sanitario estas personas verán reducidas sus posibilidades de desarrollo, calidad de vida y también de atención de la salud. No sólo individualmente ocasionamos daños a otros y podemos ser pasibles de reclamos sino también colectivamente. En las sociedades democráticas debemos hacernos cargo de ciertas acciones, decisiones y políticas que tendrán consecuencias para algunas personas. Por lo tanto, de las inequidades en materia de salud, fundamentalmente cuando éstas son ocasionadas por desventajas en el orden social que contribuyen perder la calidad de la salud o de la atención que se tendría si no se viviera expuesto a malas condiciones de alimentación, cuidados, prevención, asistencia, etc., generan la obligación de repararlas través del Estado.

La tesis del *mínimo decente* para la salud, surgida como hemos mencionado en la década de 1980 entre los filósofos norteamericanos no se sostiene con solidez desde el momento que propone un mínimo para la salud

como si esto fuera posible de definir. La salud no es un bien o servicio divisible. ¿Cómo medir mínimos si la salud?; no es posible distinguir entre una salud básica y otra superior. Y por otro lado, ¿cuál sería el mínimo a distribuir si nuestras necesidades sanitarias son cambiantes y perentorias? En el caso de que se trate de un sistema que cubra algunos servicios básicos el problema será entonces las inequidades que provocará entre quienes puedan pagar por encima de los servicios mínimos prestados y quienes no.

Una visión como la de Daniels ofrece avances con respecto a la doctrina del mínimo decente al reconocer el derecho a la atención de la salud como una forma de garantizar la igualdad de oportunidades entre los miembros de una sociedad pero, ancla el derecho al rango normal de oportunidades existentes. Es decir, las oportunidades y posibilidades abiertas a todos están determinadas por la disponibilidad y calidad de los servicios sanitarios existentes. En sociedades donde el sistema esté empobrecido o sea francamente deficiente, será menor el rango de oportunidades. El autor no logra esquivar este problema con su argumentación.

Dworkin entiende que el principio y supuesto básico de la justicia como equidad es el derecho a la igualdad de consideración y respeto. Se trata del supuesto de un derecho natural de todos, hombres y mujeres, a la igualdad en la consideración y respeto y lo poseemos simplemente por ser humanos. Entiendo que se puede desprender de éste el derecho igualitario y universal a la atención de la salud. Es necesario sostenerlo para hacer posible una teoría de la justicia con el alcance que pretende el autor. Es decir, sólo es posible suponer el derecho a la igual consideración y respeto como base para una teoría de la justicia si puedo hacerlo congruente con los distintos ámbitos donde es fundamental que se plasme tal derecho. Uno de ellos es claramente la salud. Dworkin lo define como un bien básico y, si bien, no es tomado en cuenta en la situación hipotética de distribución inicial, no admite que deba ser un bien, como otros, distribuido por el mercado. Dworkin brinda una serie de razones para su negativa que denotan la consideración especial que le merece este bien. Comparto junto con Gustavo Pereira que la salud al igual que la educación deberían ser incluidos en el artilugio del mercado hipotético de seguros para asegurar la cobertura mínima de estos servicios, lo que a mi entender mejoraría el alcance de justicia de la propuesta del autor.

Con una concepción que define a la salud como un bien básico y garantiza sólo servicios mínimos habría dificultades para dar solución a los graves problemas sanitarios en los países con importantes índices de pobreza y miseria, en estos casos sería absolutamente deficiente definir un mínimo de servicios garantizados separado del desarrollo paralelo de otros aspectos de la vida de las personas, cómo lo son, la educación, el acceso a la información, y otros, para obtener resultados aceptables. Una definición integral de la salud se ajustaría mejor a las realidades del tercer mundo.

Como he mencionado, la propuesta de Vidiella y Bertomeu para defender el derecho a la salud como derecho básico, entendido por lo tanto, como universal e igualitario es, a mi entender, fundamental en sociedades en desarrollo. La estrategia utilizada por las autoras posibilita además de defender el mencionado derecho, entenderlo como parte fundamental, junto con otros, de una concepción de la autonomía de la persona que involucra el desarrollo de sus capacidades o facultades. Por ende, los servicios de atención de la salud deberán ser garantizados de forma universal e igualitaria por los Estados.