

## JUSTICIA DISTRIBUTIVA Y GUÍAS DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS

## PANDEMIA, JUSTICIA Y LIBRE MERCADO

Gustavo ORTIZ MILLÁN

SUMARIO: I. *Pandemia y libre mercado*. II. *El libre mercado como criterio de justicia distributiva*. III. *La concepción de los derechos económicos y sociales*. IV. *Pandemia y seguros médicos*. V. *Vacunas*. VI. *A modo de conclusiones*. VII. *Referencias*

### I. PANDEMIA Y LIBRE MERCADO

La pandemia de COVID-19 nos está mostrando las limitaciones de las concepciones que ven el libre mercado como el mecanismo más justo posible para la distribución de bienes y servicios. Ha habido diversas críticas a estas concepciones cuando, en circunstancias normales, se ha aplicado la lógica del libre mercado al ámbito de la salud, dado que, entre otras cosas, accentúa desigualdades y dificulta el acceso a los servicios de salud para amplios sectores de la población. Estos cuestionamientos se vuelven todavía más fuertes durante una pandemia, porque la aplicación de los mecanismos del libre mercado como un criterio de justicia distributiva puede conducir a la muerte de mucha más gente que la que moriría si se emplearan otros mecanismos. La pandemia no sólo nos está mostrando que el libre mercado puede ser profundamente injusto en la distribución de recursos sanitarios, sino que es un obstáculo en el combate de la epidemia porque interfiere con el objetivo central de éste: salvar la mayor cantidad de vidas posible.

Mi punto tal vez resulta obvio para mucha gente, pero es posible que no sea tan obvia la teoría de justicia distributiva que subyace a los mecanismos del libre mercado, así como sus implicaciones en términos del derecho a la protección de la salud y el alcance de sus consecuencias. Con seguridad no sólo no resulta obvia mi conclusión a los defensores del libre mercado, porque ha habido quien lo ha defendido como el mecanismo más eficiente y justo para combatir la pandemia (Tanous, 2020). Creo que esta postura es

equivocada. Finalmente, aunque buena parte de mi discusión será teórica, quiero mostrar algunos de los efectos que pueden tener, y que de hecho han tenido, las políticas basadas en el libre mercado en el combate a la pandemia por COVID-19.

## II. EL LIBRE MERCADO COMO CRITERIO DE JUSTICIA DISTRIBUTIVA

En las discusiones sobre justicia distributiva se han propuesto distintos modelos de justicia para la distribución de bienes y servicios, entre los que se encuentran los relativos a la salud. Algunos de estos conceptos de justicia se basan, por ejemplo, en criterios igualitaristas —según los cuales, por ejemplo, el acceso a bienes y servicios de salud tiene que hacerse sobre la base de nuestro igual derecho a la protección de la salud—, o en criterios utilitaristas —que buscan optimizar el uso de los recursos de salud para maximizar el bienestar colectivo—, pero desde hace ya muchos años diversos teóricos han sostenido que no hay un mecanismo más justo de distribución que el libre mercado. El libre mercado es el sistema en el que los bienes y servicios se distribuyen mediante la oferta y la demanda que tienen. Esto suele implicar la idea de que el Estado no debe interferir imponiendo una regulación en la distribución de bienes en un sentido o en otro, sino simplemente garantizar las condiciones para el buen funcionamiento del mercado. Suelen darse dos argumentos a favor del libre mercado como mecanismo de distribución: 1) el libre mercado promueve el bienestar social o la prosperidad económica porque ofrece a los individuos incentivos para que trabajen mucho y produzcan los bienes y servicios que los demás requieren; 2) el libre mercado es el mecanismo que mejor permite que cada individuo organice su plan de vida según su propio juicio, su concepción del bien y sus deseos, en otras palabras, es el mecanismo que mejor reconoce la libertad y la autonomía individuales (Sandel, 2011: 14). Por ello, se dice, no sólo es el más eficiente, sino también el más justo en términos morales.

La teoría que defiende el libre mercado como el mecanismo más eficiente de distribución y como el que mejor respeta la libertad individual es el libertarismo de libre mercado o libertarismo económico, que en adelante llamaré simplemente libertarismo. Definamos el libertarismo como la teoría que sostiene que la libertad individual es el derecho fundamental que una sociedad debe respetar: el derecho que tiene cada individuo de hacer lo que quiera con lo que posee, siempre y cuando se respeten los derechos de otros a hacer lo mismo. El libertario suele ser escéptico de la autoridad política y del Estado en tanto que inevitablemente sus acciones tienden a interferir

con la libertad individual. El libertario está a favor de que los mercados estén libres de toda regulación (o lo más posible) por parte del Estado porque piensan que la regulación económica y planificación central constituyen una limitación a la libertad individual —además de que son mecanismos económicamente ineficientes—.

El libertarismo de libre mercado forma parte de la justificación teórica del neoliberalismo, que aboga por un Estado mínimo —básicamente encargado de la seguridad de los ciudadanos, de la administración de la justicia y de garantizar las condiciones para el buen funcionamiento del mercado—, que reduce el gasto público y deja de intervenir en economía, favoreciendo con ello la liberalización de la economía, es decir, el libre mercado. Para el libertarismo, las funciones que en muchos países cumple el Estado —con impuestos de los contribuyentes—, como garantizar la educación y la salud públicas, deben pasar a manos de individuos privados. La organización de la economía en empresas privadas que operan en un mercado libre, afirma por ejemplo Milton Friedman (1993), es el mejor modo de garantizar la libertad individual y, por lo tanto, una sociedad libre. Un Estado que interviene en la economía, poniendo límites al mercado o estableciendo impuestos y luego distribuyendo el gasto público, limita la libertad individual y no reconoce el esfuerzo personal.

El libertario parte de una concepción individualista de la vida social y de la moral, según la cual la moral y la justicia son instrumentos para alcanzar objetivos individuales escogidos subjetivamente. Los individuos tienen ciertos derechos básicos que ningún orden social puede violar, porque incluso se suelen tomar como anteriores al orden social o político.

Este modelo político y económico va asociado con una concepción de la justicia distributiva. Aquí la justicia no tiene que ver con la llamada “justicia social” —es decir, con que el Estado distribuya bienes o servicios según algún esquema igualitarista—, con la utilidad social o con satisfacer necesidades comunitarias. Famosamente, Friedrich von Hayek atacó la idea de justicia social argumentando que cualquier intento de realizarla nos conduciría a un sistema opresivo, en el que se ahogaría la libertad individual, además de que obligaría al Estado a tratar a la gente de modo desigual con el objetivo de igualarla.<sup>1</sup> En el modelo libertario, la justicia tiene que ver con seguir

<sup>1</sup> Al respecto, afirma Hayek: “La exigencia clásica es que el Estado debe tratar a la gente igual, a pesar del hecho de que la gente es muy desigual. No puedes deducir de aquí la regla de que, dado que la gente es desigual debes tratarla desigualmente con la finalidad de hacerla igual. A eso equivale la justicia social: es la demanda de que el Estado trate a la gente desigual de modo diferente para ponerla en la misma posición. La regla de tratar a la gente igual aplica sólo a cosas que el Estado tiene que hacer de cualquier manera, pero hacer

procedimientos claros bajo condiciones legales. Esta es una forma de proteger los derechos a la libertad y a la propiedad privada de los ciudadanos. La justicia no tiene que ver con que el Estado redistribuya la riqueza que han creado los ciudadanos en el libre mercado, sino con proteger el derecho a la libertad individual. Aunque abogan por un Estado mínimo, el Estado tiene que ser fuerte para proteger la libertad individual, generar y garantizar las condiciones para el buen funcionamiento del libre mercado.

Probablemente la formulación más clara de la concepción libertaria de la justicia distributiva la encontramos en *Anarquía, Estado y utopía*, de Robert Nozick (1974). Ahí, Nozick busca justificar que un Estado mínimo es el único que puede garantizar los derechos individuales, que concibe básicamente como los derechos a la libertad y a la propiedad privada. Un Estado más extenso, que impusiera restricciones a la conducta de los individuos o sobre sus bienes, no está justificado. Esto tiene la implicación de que “el Estado no puede usar su aparato coactivo con el propósito de hacer que algunos ciudadanos ayuden a otros o para prohibirle a la gente actividades para su *propio* bien o protección” (Nozick, 1974: ix). En otras palabras, no se justifica un Estado benefactor o asistencial que busque mecanismos de redistribución de la riqueza a través del establecimiento de impuestos. Los únicos impuestos justificados son aquellos que recaudan fondos para mantener las funciones legítimas del Estado.

Nozick formula lo que él llama la “teoría de la retribución” (*entitlement theory*), que consta de tres principios: 1) el principio de adquisición, que explica cómo las cosas pasan a ser propiedad de alguien o cómo son adquiridas; 2) el principio de justicia en la transferencia, que nos dice cómo las cosas que han sido adquiridas justamente pueden ser libremente transferidas de unas manos a otras. Nozick añade 3) un principio de rectificación de injusticias, que ataña a los casos en que una propiedad se ha adquirido o transferido de modo ilegítimo, lo que interfiere con las garantías de operación del libre mercado (1974: 150). Estos tres principios de justicia se centran en el derecho a la propiedad privada. No hay una justa distribución de bienes más allá de los procedimientos que establece el libre mercado para la adquisición y transferencia de propiedad privada (o, en su caso, para la rectificación). La justicia, entonces, se concibe como seguir procedimientos claramente establecidos, más que como la obtención de ciertos resultados,

---

que el fin de la política gubernamental sea hacer a la gente igual forzaría al gobierno a tratar, de hecho, a la gente de modo muy desigual” (Hayek, 1976, pero véase sobre todo el volumen 2, “The Mirage of Social Justice”, de Hayek 2013). Para una crítica a la idea de justicia social en Hayek, véase Johnston 1997.

como sería una distribución equitativa de bienes, como son los recursos sanitarios. Tomados estos principios en conjunto, implican que si lo que la gente tiene ha sido adquirido justamente, entonces la fórmula para una distribución justa es “de cada quien de acuerdo con lo que elige hacer, a cada cual de acuerdo con lo que hace para él mismo (quizás con la ayuda prestada por otros) y lo que los demás eligen hacer o dar a él” (1974: 160).

### III. LA CONCEPCIÓN DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS Y SOCIALES

Esta visión de la justicia tiene una clara implicación para el tema de los derechos. Nozick parte de la premisa (no argumentada) de que tenemos derechos naturales, que consisten básicamente en el derecho a la libertad y a la propiedad privada. No hay lugar en la teoría para ningún tipo de derechos sociales y económicos, como son el derecho a la salud, a la educación, al trabajo, a la vivienda o a la alimentación, entre otros. Si concebimos los derechos económicos y sociales como demandas morales justificadas que los individuos hacen a las instituciones sociales y, en última instancia, al Estado, con el fin de garantizar estándares mínimos de bienestar, entonces implican que el Estado necesariamente tendría que gravar con impuestos a la población para poder garantizarlos. Pero afirmar la existencia de estos derechos implica ineludiblemente una intromisión del Estado en las libertades individuales, una restricción al derecho a gozar de los bienes que uno ha adquirido con su propio trabajo, por lo que la distribución de bienes y servicios desde el Estado para garantizar esos derechos se basa en una situación injusta. Según el libertario, se trata de una especie de robo. Además, es moralmente incorrecta porque el Estado está usando a los ciudadanos como meros medios con el fin de redistribuir la riqueza. Nozick coincide con Kant en que los individuos deben verse como fines en sí mismos y no como meros medios, en que “no deben ser sacrificados o usados para alcanzar otros fines sin su consentimiento”, para ello se necesita de una teoría robusta de derechos, que tome a los individuos como existencias separadas y que tome seriamente “la existencia de individuos distintos que no son recursos para otros” (1974: 31 y 33).

Nozick ofrece un argumento adicional para negar que haya derechos económicos y sociales:

La mayor objeción a decir que todos tengan el derecho a varias cosas, tales como igualdad de oportunidad, vida, etcétera, y a ejercer estos derechos, es que estos “derechos” requieren de una subestructura de cosas y materiales y acciones; y *otras* personas pueden tener derechos y retribuciones sobre ellos. No

tiene el derecho a algo cuya realización requiere de cierto uso de cosas y actividades a las cuales otras personas tienen derechos y retribuciones. (1974: 237).

No es función del Estado encargarse de garantizar la satisfacción de supuestos derechos a la educación o a la protección de la salud. Cuando hablan de derechos económicos, los libertarios básicamente piensan en los derechos a la protección de la propiedad privada. Si hay un derecho a la salud, se trata de un derecho a que nuestra salud no sea dañada —un derecho negativo a que no se dañe algo que nos pertenece—, no de un derecho positivo a que el Estado provea servicios de salud.

Dado que no hay algo así como un derecho a la protección de la salud, no hay una base a partir de la cual reclamar los recursos de salud como un asunto de justicia. Si no hay esa base en circunstancias normales, tampoco es claro sobre qué base se justificaría el reclamo de un derecho a la protección de la salud en circunstancias excepcionales, como las que genera una pandemia. En todo caso, desde esta perspectiva, se podría aceptar una distribución equitativa o utilitarista de recursos de salud si ésta ha sido aceptada libremente por todos los individuos dentro de una sociedad, no impuesta desde arriba y coercitivamente por el Estado.

Desde este punto de vista, el Estado no está obligado a satisfacer ningún supuesto derecho a la protección de la salud, ni a proveer servicios de salud. El Estado actúa de una forma injusta y coercitiva, por ejemplo, cuando impone progresivamente mayores impuestos a los ricos para favorecer y compensar a la gente pobre a través de programas sociales. Esto es injusto para con quien ha creado riqueza: le quita injustamente lo que ha generado con su trabajo para dárselo a quienes, por la razón que sea, no han generado riqueza. En todo caso, el Estado está obligado a proteger los derechos a la propiedad y a la libertad de quienes inviertan en servicios de salud o los de los consumidores. No debe imponer coercitivamente impuestos para proveer dichos servicios, sino proteger el derecho a la libertad que tiene cada quien de decidir en qué hospital quiere ser tratado y qué aseguradora va a contratar. El sistema ideal de salud para el libertario sería un sistema de aseguradoras y hospitales privados.<sup>2</sup> Para la gente que no tiene cobertura podría haber instituciones de salud que dependieran de la beneficencia pú-

<sup>2</sup> Es justo decir que no hay una sola postura del libertarismo frente al sistema de salud. Algunos libertarios están en contra de que un puñado de aseguradoras limiten las decisiones individuales acerca de qué tratamientos tener o dónde atenderse. Ni el gobierno ni las aseguradoras privadas deberían entrometerse en el ámbito del cuidado de la salud y afectar las decisiones individuales. Ésta es la postura del Partido Libertario de EUA. Otros piensan que este ámbito es diferente a otros bienes, entre otras cosas porque en buena medida no somos

blica, pero no de los impuestos, pues nadie debe cargar con las enfermedades de otros, generalmente resultado de la propia responsabilidad personal o su mala suerte.

Hay muchas cosas que son criticables de la perspectiva de Nozick. Por ejemplo, parece injustificada su teoría acerca de derechos naturales que la gente tiene independientemente de cualquier Estado. También es injustificado el hecho de que su lista de derechos básicos comprenda sólo los derechos a la libertad y a la propiedad, y que estos sean necesariamente más importantes que otros derechos; pero es claro que el Estado mínimo se debilitaría si se reconociesen otros derechos prepolíticos. Tampoco es claro que cualquier interferencia del Estado en la libertad de los ciudadanos constituya una violación a sus derechos.<sup>3</sup> Aquí, sin embargo, simplemente quiero argumentar que de tomarlo por bueno, el modelo libertario de justicia distributiva de Nozick puede tener consecuencias catastróficas en estados de excepción, como el que encontramos en una pandemia.

#### IV. PANDEMIA Y SEGUROS MÉDICOS

Bajo una emergencia sanitaria, el principio más importante de un sistema de salud debe ser el de salvar la mayor cantidad de vidas posible. La concepción de la justicia distributiva basada en el libre mercado interfiere directamente con este principio y por eso puede tener consecuencias catastróficas. En ese sentido, el libre mercado no sólo es injusto, sino que también es ineficiente, dado que no lleva los recursos de salud a quienes más los necesitan y que, por ello, mueren. Imaginemos un Estado completamente regido por los principios del libre mercado como el que propone el libertario y pensemos en la situación de la pandemia de COVID-19. Aunque cada día más Estados en el mundo tienden hacia esta suerte de Estado ideal, tal vez Estados Unidos sea lo más cercano, dado que ahí el Estado no reconoce un derecho universal a la protección de la salud ni hay un sistema de cobertura de salud universal que lo garantice, sino que el sistema de salud está mayormente en manos privadas.<sup>4</sup> Aunque no se trata de un caso puro, construiré mi caso alrededor

---

responsables de nuestro estado de salud, y por ello no debe dejarse al libre mercado (Zamischa, 2018).

<sup>3</sup> Otras críticas más puntuales a Nozick se pueden encontrar en Kymlicka, 1990.

<sup>4</sup> El 68% de los estadounidenses tiene cobertura de salud privada (Rudden, 2020). Por otra parte, el porcentaje del gasto total en salud que es público fue del 24.1% en 2018. Este gasto cubre programas como Medicare, Medicaid, programas estatales de seguro médico para niños y beneficios para la salud de los veteranos (Nunn *et al.*, 2020).

de este ejemplo. Hay varias formas en las que una distribución de recursos basada en el libre mercado puede interferir en el objetivo más inmediato del combate a la pandemia: patentes, precios de mercado de medicamentos, entre otras.<sup>5</sup> Aquí, sin embargo, me centraré en dos casos: los seguros médicos y las vacunas.

Si no hay un Estado benefactor que garantice el derecho a la protección de la salud de la población, entonces cada individuo deberá proveerse a sí mismo los medios para proteger su salud, en caso de que enferme. Aquellos individuos que cuenten con un seguro de gastos médicos podrán tener acceso a los servicios privados de salud. Si se agrava su salud podrán acceder, por ejemplo, a los respiradores mecánicos y a unidades de cuidados intensivos. Una vez que entran a los servicios hospitalarios, la asignación de recursos escasos a los pacientes estará sujeta a otros principios de justicia distributiva —basados en su edad, sus comorbilidades, una lotería o cualesquiera que el hospital haya establecido—, pero el primer filtro lo establece el mercado. Aquellos que no cuenten con alguna cobertura médica —unas 27.5 millones de personas en Estados Unidos, según datos del censo de 2018 (US Census, 2019)—, simplemente no tendrán acceso a estos recursos, probablemente se agrave su situación y muchos mueran. En ese sentido no se cumplirá el principio de salvar la mayor cantidad de vidas posible.

De hecho, la pandemia puede afectar a la gente no sólo por su falta de acceso a servicios de salud, si los llega a necesitar, sino también porque la gente que no tiene cobertura médica tiene en promedio niveles más bajos de salud y, en ese sentido, puede ser más susceptible de verse afectada. En 2002 el Instituto de Medicina de EUA publicó el reporte *Care Without Coverage* (2002), en el que sugería que la falta de seguro médico causaba decenas de miles muertes cada año en ese país. Desde entonces, diversos estudios han examinado la relación que hay entre tener un seguro médico, por un lado, y la salud y la mortalidad, por el otro. Aunque determinar que la falta de seguro médico tiene una relación con menores niveles de salud y mortalidad es complicado por distintas razones (las pólizas y las condiciones de salud de la gente varían, seguimientos a largo plazo son complejos, etc.), los diversos estudios que se han realizado sugieren que contar con un seguro médico tiene un efecto real sobre la salud y la mortalidad. Si la gente cuenta con seguro médico, puede realizarse análisis clínicos con mayor frecuencia, monitorear su condición de salud, acudir al médico más pronto para

<sup>5</sup> Gabriela Arguedas, en su texto en este mismo volumen, examina algunas de las consecuencias que tiene la aplicación de los criterios del libre mercado en el caso de las patentes para el desarrollo de vacunas y medicamentos, particularmente necesarios en el caso de una pandemia.

la detección de enfermedades, tener mayor acceso a medicinas, apegarse a los tratamientos indicados más fácilmente, sobre todo en enfermedades crónicas, entre otras cosas —por no mencionar la tranquilidad psicológica de saber que puede costearse el gasto que implica una enfermedad en caso de tenerla—. En un artículo que revisa distintos estudios realizados sobre la relación entre cobertura médica y salud, Sommers, Gawande y Baicker (2017) concluyen que contar con seguro médico mejora la salud, “argumentar que la cobertura del seguro médico no mejora la salud es simplemente inconsistente con la evidencia”.

En el mismo sentido, Woolhandler y Himmelstein (2017) reseñan diversos estudios que analizan la relación entre mortalidad y falta de seguro médico. Argumentan que hay una reducción relativa del 20% en la muerte en comparación con no estar asegurado. Las probabilidades de morir entre los asegurados en relación con los no asegurados es de 0.71 a 0.97. Tener cobertura médica y una fuente de atención habitual o una relación con el médico de atención primaria mejora la calidad y prolonga la salud y el bienestar y, consecuentemente, la vida. De modo que contar con un seguro médico salva vidas.

La pandemia por COVID-19 pone más presión sobre un sistema basado en los seguros privados. Si hay una relación entre los niveles de salud y la cobertura médica, entonces es probable que la pandemia cobre más víctimas entre la gente que no tenía cobertura médica que entre quienes sí la tenían. Es más probable que la salud de la gente sin cobertura no tenga el nivel que podría tener de contar con la posibilidad de realizarse análisis, monitorear su condición, apegarse a tratamientos en casos de enfermedades crónicas, etc. De hecho, algunas personas descubren que tienen alguna comorbilidad (como diabetes, hipertensión, etc.) sólo cuando se enteran que tienen COVID-19, en muchos casos dado que no contaban con la posibilidad de ir al médico y hacerse análisis. Un mayor porcentaje de personas con comorbilidades presentan más complicaciones y tienen mayor riesgo de morir que las personas sin comorbilidades —y la gente que sabe que tiene alguna comorbilidad tiene la opción de cuidarse más que si lo ignora—.

Los 27.5 millones de estadounidenses que no tenían seguro antes de la pandemia, de enfermar, seguramente tendrán que pagar altos costos que los pueden llevar a la pobreza —a nivel mundial cada año 100 millones de habitantes caen en la pobreza extrema debido a gastos de salud, según una investigación del Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (Banco Mundial, 2017)—. Debido a la pandemia, otros 25 millones de estadounidenses han perdido su seguro médico, en su mayoría porque han

pasado al desempleo, según el Urban Institute (Garret y Gangopadhyaya, 2020; véase también Woolhandler y Himmelstein, 2020). De enfermar y agravarse su situación, esta gente corre el riesgo de perder su patrimonio para pagar el tratamiento. El gobierno de EUA ha destinado recursos para cubrir las pruebas para COVID-19 de gente que haya perdido su empleo —aunque entrar al programa gubernamental ha sido optativo para los hospitales y clínicas de análisis (Bragg, 2020)—, pero esto no cubre los tratamientos —de hecho, también ha extendido algunos de los beneficios de la seguridad social a través de Medicaid, pero es probable que esto resulte insuficiente (King, 2020)—. En EUA, el costo promedio total por paciente con COVID-19 que requiere hospitalización se estima en \$73,300 dólares, aunque la gente puede negociar una reducción (FAIR Health, 2020).<sup>6</sup> A pesar de que generalmente los seguros cubren la mayor parte, los pacientes tienen que pagar deducibles, coaseguros y copagos. Una investigación de mayo de 2019 mostró que más de la mitad de la gente en EUA con seguro médico pagado por su empleador habían retrasado o pospuesto algún tratamiento recomendado para ellos o un miembro de la familia en el año anterior debido al costo (Hamel *et al.*, 2019). Tal vez por esto, durante la emergencia sanitaria, las compañías aseguradoras han accedido a no cobrar los deducibles, coaseguros y copagos de la gente que se trata por COVID-19 (King, 2020).

Una investigación financiada por la Kaiser Family Foundation —una organización no partidista y sin fines de lucro— ha estimado que los costos hospitalarios por sí solos para los pacientes con COVID-19 que no cuentan con seguro médico podrían ir de los \$13.9 mil millones a los \$41.8 mil millones —mucho más de lo que el programa gubernamental de la administración Trump ha reembolsado, a través de un programa para tratar de ayudar a la gente que no cuenta con seguro, unos \$851 millones de dólares (Goodnough, 2020)—.

Hasta que no termine la pandemia no sabremos cuánta gente habrá muerto en EUA por falta de seguro médico. Hoy sabemos de historias aisladas, como la del muchacho de 17 años, en Lancaster, California, que murió por complicaciones por COVID-19 después de que le fue rehusada la atención médica en el área de urgencias de un hospital por carecer de seguro médico (Riotta, 2020). Lo que sí sabemos es que antes de la pandemia, cer-

<sup>6</sup> Según cifras de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), el costo promedio de hospitalización por cada infectado es de un millón de pesos. Una compañía de seguros mexicana ha llegado a pagar hasta \$21 millones (más de un millón de dólares) por un solo enfermo (Rodríguez, 2020).

ca de 45 mil estadounidenses en edad laboral morían cada año por carecer de seguro médico (Wilper *et al.*, 2009). También sabemos que “dentro de la población de adultos con mayor riesgo de COVID-19, el 16.9% (o 18.2 millones de personas) no tenían seguro o el que tenían era insuficiente. Entre este grupo de mayor riesgo, aquellos con bajos ingresos, que residen en un área rural y de raza no blanca tenían tasas más altas de seguro inadecuado” (Gaffney *et al.*, 2020). Ciertamente, las personas que no cuentan con seguros médicos privados son la gente más pobre, los desempleados (a los que se suman muchos de los desempleados originados por la crisis económica que genera la pandemia que han perdido su seguro médico) y la gente que trabaja en la economía informal —que suele pertenecer a minorías étnicas—, de modo que ésta será la población más afectada.

Estudios recientes que se han hecho para ver la relación que hay entre muertes por COVID-19 y pobreza muestran que “la mejor predicción de muertes por COVID-19 es el ingreso”. En un análisis de las muertes por COVID-19 en la ciudad de Nueva York se muestra que la tasa de mortalidad media por cada 100,000 habitantes es de 221.8 muertes para la gente con ingresos menores a \$25 mil dólares anuales, y de 85.7 para gente con ingresos superiores a \$240 mil dólares anuales. Se midieron otros cuatro factores que incidían en la mortalidad, pero el factor de más riesgo era el bajo ingreso (ser afroamericano incidía en el exceso de nueve muertes por cada 100 mil habitantes; el porcentaje de los que viven en apartamentos con más de 1.5 personas por habitación, 9.1; haber nacido en América Latina, 18.4; ser mayor de 65 años, 23.2, e ingreso bajo, 27.6) (Leopold, 2020).

La pandemia tiene peores consecuencias entre la gente más desfavorecida, porque es gente que probablemente vive al día, tiene la necesidad de trabajar, de salir de casa y no hacer cuarentena, de modo que está más expuesta al contagio y a contagiar a otros —con lo que se puede prolongar la pandemia—. Permitir que el contagio no se controle entre la gente más desfavorecida no sólo los afecta a ellos, sino que impide que se contenga la enfermedad entre otros sectores de la población. Esto hace que la pandemia se prolongue, incrementando así su morbilidad y mortalidad y exacerbando su impacto económico.

Adicionalmente, mucha de esta gente no cuenta con cobertura médica, por lo que es probable que su nivel de salud no sea tan bueno como si contara con algún seguro médico. Muy probablemente la mayor parte de la gente que enferme, se agrave y muera pertenecerá a ese sector de la población. La pandemia tendrá peores consecuencias en EUA que las que podría haber tenido si esa gente hubiera tenido algún tipo de cobertura médica.

## V. VACUNAS

En el pasado reciente, las compañías farmacéuticas no han estado mayormente interesadas en desarrollar vacunas para enfermedades epidémicas, como el SARS o el MERS (ambas, por cierto, causadas por distintos tipos de coronavirus), porque se ha tratado de epidemias que de algún modo se contuvieron y no alcanzaron las proporciones de la actual pandemia por COVID-19, por lo que el mercado no ha sido lo suficientemente atractivo. Tampoco han estado interesadas en el desarrollo de una vacuna contra la malaria o paludismo, a pesar de que afecta a 228 millones de personas en el mundo y mueren más de 400 mil personas anualmente (OMS, 2019), pero desafortunadamente esos casos se concentran en los países más pobres y 90% de las muertes ocurren en el África subsahariana. Las farmacéuticas, afirma Noam Chomsky, “siguen las señales del mercado y las ganancias se encuentran en otra parte. El gobierno podría hacerse cargo, pero eso está bloqueado por la doctrina neoliberal” (Chomsky, 2020). Efectivamente, bajo el esquema de justicia basado en el libre mercado, como el que plantean los libertarios, sería injusto, sobre todo para con las compañías privadas, que el gobierno se hiciera cargo del desarrollo de vacunas.

Sin embargo, en esta ocasión, dada la magnitud de la pandemia, la cantidad de gente que ha enfermado y la que está muriendo, más de tres docenas de compañías farmacéuticas a nivel mundial se han interesado en el desarrollo de antivirales y de vacunas para la enfermedad de COVID-19; hay 202 vacunas en investigación (Milken Institute, 2020 y Tognini, 2020). Aunque, dependiendo del país, buena parte de la investigación para encontrar una vacuna para el COVID-19 es financiada con fondos públicos, la experiencia nos muestra que son las compañías privadas las que comercializan y se benefician de los resultados de investigaciones. No hay garantía de un beneficio público equitativo a partir de esta inversión pública, o sea, no hay garantía de que los pacientes en el país cuyo gobierno hace la inversión de fondos públicos puedan acceder a los medicamentos o vacunas a un precio asequible y puedan hacer uso del conocimiento y las tecnologías generadas en el proceso de investigación (Gotham *et al.*, 2017). La industria farmacéutica busca sacar provecho económico de su inversión en nuevos medicamentos y vacunas. Sin embargo, bajo la lógica del mercado, es decir, si se sigue cabalmente la concepción de justicia distributiva del modelo del libre mercado, esto está destinado a entrar en conflicto con la necesidad de vacunar eficazmente a la mayor cantidad de personas posible.

Si se dejara exclusivamente en manos de compañías privadas, la vacuna se vendería a precio de mercado. Pero se trata de un producto para el que hay mucha demanda y probablemente no suficiente oferta, lo cual haría que la vacuna se llegara a vender a precios que la harían inaccesible para mucha gente. De hecho, aunque no existe todavía (noviembre de 2020) una vacuna para el COVID-19, las compañías farmacéuticas están especulando acerca del precio de venta al público y están tratando de garantizar un mercado para el que todavía no existe un producto. La farmacéutica Moderna, por ejemplo, ha dicho que su vacuna podría venderse en unos 50 euros (Economista, 2020). Sin embargo, el costo puede descender hasta los \$4 dólares (Villa y Caña y Morales, 2020), pero esto suele suceder porque o bien hay subsidios por parte de los gobiernos que adquieren la vacuna o bien los precios están regulados —algo que no es bien visto bajo la lógica del libre mercado—. Es por estos subsidios que una vacuna que se vende a \$4 o 5 dólares en países en desarrollo, se vende a \$200 dólares en EUA (Ben-Achou, 2020). Sin embargo, en realidad el que el Estado intervenga en el mercado de salud de este modo no es ajeno a la lógica del libre mercado: “la dinámica del mercado depende de que el Estado pague por los servicios, ya sea que pague a través de los particulares, mediante vales o cosa parecida, o que lo haga directamente a las empresas mediante subsidios, del modo que sea. La competencia es posible porque el Estado fabrica la demanda” (Escalante Gonzalbo, 2015: 239).

Si se dejara a la lógica del libre mercado, sólo aquellos que pudieran pagar la vacuna serían vacunados. Esto dejaría a millones de personas desprotegidas. Las estimaciones recientes de la pobreza global son que el 8.6% de la población mundial (736 millones de personas), viven en la pobreza extrema con \$1.90 dólares o menos al día (Banco Mundial, 2018). Toda esta gente no podría costearse su vacunación —sobre todo si son necesarios refuerzos o vacunación anual, que parece ser lo más probable, dado que el nivel de inmunidad de la gente que se ha infectado baja rápidamente (Gallagher, 2020)—, a menos que haya alguna regulación estatal, es decir, que el Estado regule el mercado de vacunas. Si dejamos que impere el criterio de justicia distributiva del libre mercado, entonces es probable que mucha gente no se vacune.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Según un análisis del Global Health Innovation Center de la Universidad de Duke, las compras totales confirmadas en todo el mundo de vacunas COVID-19, a diciembre de 2020, han alcanzado al menos 7,250 millones de dosis, con 3,900 millones de esas dosis, más de la mitad, en países de altos ingresos, aunque estos países representan solo el 14% de la población mundial. En otras palabras, 86% de todas las dosis de vacunas se han comprado directamente por países, en su mayoría países de ingresos medios y altos. Esto podría dejar

De hecho, en Estados Unidos hay grandes disparidades en el acceso a vacunas dependiendo del estatus socioeconómico de la gente, pero sobre todo de si cuentan o no con cobertura médica. La gente sin seguro tiene tasas de inmunización más bajas que las personas aseguradas. Para dar un par de ejemplos, la cobertura de vacunación contra la influenza entre adultos mayores de 18 años es de 14.4% para gente sin seguro médico frente al 44.3% para gente con seguro; la cobertura de vacunación antineumocócica entre los adultos de 18 a 64 años con enfermedades de alto riesgo es del 9.8% frente al 23.0% (Peng-jun *et al.*, 2015). En general, la cobertura de vacunación es menor entre gente que no cuenta con seguro médico. Se ha demostrado que los gastos de bolsillo reducen la probabilidad de vacunación, especialmente en poblaciones con un estatus socioeconómico bajo (NAIIS, s. f.; Lees *et al.*, 2005).<sup>8</sup>

El problema con que la gente no se vacune —como sabemos a partir de los efectos del movimiento antivacunas— es que baja la tasa de inmunidad colectiva o “de rebaño” necesaria para interrumpir la cadena de contagios, por lo que seguiría habiendo rebrotes y la gente seguiría enfermando. Como sucede con el caso de los seguros médicos, permitir que el contagio no se controle entre la gente más desfavorecida porque no tienen acceso a la vacuna no sólo los afecta a ellos, sino que impide que se contenga la enfermedad entre otros sectores de la población.

En síntesis, dejar al libre mercado el tratamiento de pacientes y el acceso a las vacunas, interferiría con el fin principal que debe tener el combate a la pandemia: salvar la mayor cantidad de vidas posible. Más gente morirá mientras más se apliquen los criterios de justicia basados en el libre mercado. Las teorías que defienden este principio dejan desprotegida a la gente más vulnerable, no sólo porque dejan fuera de su alcance los medios para proteger su salud, sino también porque no les reconocen un derecho a la protección de su salud por parte del Estado, que sería el modo en que podríamos justificar una intervención estatal en el mercado.

---

sin vacunas a miles de millones de personas en los países de ingresos bajos hasta por lo menos el año 2024 (GHIC, 2020 y Twohey, Collins, Thomas, 2020).

<sup>8</sup> Los niños que pertenecen a familias de bajos ingresos o sin seguro médico pueden enfrentar desafíos para recibir vacunas. Los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) cuentan con un programa federal para ayudar a los estados a vacunar a niños desatendidos (llamado Vaccines for Children [<https://www.cdc.gov/vaccines/programs/vfc/index.html>]), que intenta ayudar a respaldar la cobertura, pero no puede atender a todos los niños necesitados. Hay menor disparidad en las vacunas más antiguas (como polio, la triple y hepatitis B) que para vacunas más recientes (como hepatitis A, rotavirus y VPH) (Black *et al.*, 2013).

## VI. A MODO DE CONCLUSIONES

Estados Unidos parece estar pagando el precio de tener un sistema de salud basado en el libre mercado y controlado por grandes corporaciones: con sólo el 4.23% de la población mundial, tiene el 25% de los casos totales de enfermos y el 22.25% de todos los fallecidos.<sup>9</sup> Sin duda hay muchos factores que intervienen en que el país más rico del mundo tenga la cantidad de enfermos y muertos que tiene —el mal desempeño de la administración Trump, quien dijo inicialmente que el virus no era grave y predijo que desaparecería muy pronto; cuestionó la utilidad de las mascarillas; alentó a los estados a reabrir incluso con una creciente cantidad de casos; promovió la desinformación médica; quitó fondos federales a los CDC y a otras agencias encargadas del combate a la pandemia, entre otros (Leonhardt, 2020)—, pero el sistema de salud tiene mucho que ver, puesto que ha incidido directamente sobre la salud de la población y debilitado su capacidad para lidiar con la pandemia.

Sin embargo, no es sólo Estados Unidos quien está pagando el precio de su adhesión al libre mercado. Desde la década de 1980, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial han obligado a los países en vías de desarrollo a instrumentar políticas de “ajuste estructural”, implantando programas de austeridad y privatizaciones que beneficiaron mayormente a grandes corporaciones. El llamado Estado de bienestar, que se impuso desde el fin de la segunda Guerra Mundial en muchos países del mundo, se ha retraído y ha dejado cada vez más espacio a la inversión privada en el área de la salud. Esto ha dificultado la construcción de sistemas de salud pública y universal que garanticen el derecho a la protección de la salud. Las recomendaciones del FMI han incluido la reducción del número de empleados del sector salud público en muchos países, con lo que se ha debilitado su capacidad para luchar contra la pandemia (Téllez Arriaga, 2020).

Esta es la descripción que hace Escalante Gonzalbo de los efectos de estas políticas en el ámbito de la salud:

En el campo de la salud, la racionalización de la práctica médica a partir de criterios de mercado, de eficiencia, rentabilidad, ha transformado mucho los cuidados. En todas partes, ha provocado el cierre de unidades hospitalarias poco rentables; el aumento en la proporción de pacientes atendidos por cada profesional; la planeación a partir de indicadores numéricos; la multiplicación de trabajadores temporales y eventuales, sin plaza fija. Es decir, ha

<sup>9</sup> Estos datos provienen de la página de Internet <https://coronavirus.app/map>. Consultada el 18 de agosto de 2020.

producido un sistema de salud con un régimen laboral más precario, y con exigencias de rendimiento cuantitativo. (Escalante Gonzalbo, 2015: 217)

Este tipo de efectos se han visto mayormente en los países en desarrollo, lo cual ha creado una brecha entre estos y los países desarrollados que cuentan con sistemas de cobertura universal en salud (o por lo menos cobertura universal más un seguro complementario privado opcional, es decir, atención médica de dos niveles o lo que en inglés se conoce como *two-tier healthcare system*). En muchos países en desarrollo ha imperado la creencia de que es mejor reducir la inversión pública en salud, dado que, según se nos ha dicho, el mercado naturalmente proveerá estos servicios. Como resultado, muchos países han reducido su gasto público en ese sector y han empleado muchos de esos recursos en fomentar las condiciones para atraer la inversión privada. México no ha sido la excepción. Entre 2010 y 2020 el gasto per cápita en salud se redujo: de un pico de 2.9% del PIB ha pasado a un 2.5% (Méndez Méndez, 2019) —con todo y que, desde 2018, el país tiene un gobierno crítico del neoliberalismo—. Distintas estimaciones de organismos nacionales e internacionales sugieren destinar el 6% del PIB (OPS, 2015).

Deberíamos buscar el reconocimiento por parte de todos los Estados del derecho a la protección de la salud, con todas sus implicaciones; sobre todo, aumentando el gasto público para establecer un sistema de cobertura universal de salud (o lo más cercano a ella que se pueda). La cobertura universal de salud, según la OMS, “significa que todas las personas y comunidades pueden utilizar los servicios de salud promotores, preventivos, curativos, rehabilitadores y paliativos que necesitan, de calidad suficiente para ser efectivos, al tiempo que se asegura que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras” (OMS s. f.). Esto implica que tiene que haber equidad en el acceso a los servicios de salud, que deben estar disponibles para todo el que los necesite, y no sólo para quienes puedan pagarlos. Asimismo, implica que los servicios de salud tienen que ser de suficiente calidad como para mejorar la salud de quienes los necesitan. Finalmente, implica que el costo de utilizar los servicios no debe poner a la gente en riesgo de sufrir daños financieros. Todo esto es más esencial durante emergencias sanitarias. La pandemia de COVID-19 confirma la necesidad de una cobertura universal de salud. Las reducciones presupuestales y privatizaciones de los sistemas públicos de salud los debilita y los expone a graves crisis en tiempos de emergencia. Aunque no he argumentado aquí lo suficiente a favor de un sistema de cobertura universal en

salud,<sup>10</sup> mi objetivo ha sido mostrar que el criterio de justicia que subyace al libre mercado puede ser profundamente injusto, pero también ineficiente en términos económicos, dado que no lleva los recursos de salud a quienes más los necesitan e interfiere en el combate de una pandemia, con lo cual también se obstaculiza la recuperación económica.

Muy probablemente esta no sea la última pandemia que veamos; si queremos prepararnos para la próxima, entonces deberíamos empezar por cuestionar la lógica del libre mercado, y fortalecer el sistema público de salud, con vistas a llegar a una cobertura universal de salud. Si algo hay que aprender de la pandemia por COVID-19 es que las políticas basadas en la lógica del libre mercado han debilitado la capacidad de muchos países para enfrentarla. Lo que esta pandemia nos está mostrando, como ha dicho Chomsky (2020), es que el neoliberalismo intensifica los profundos problemas socioeconómicos que vivimos y muestra así el fracaso del libre mercado.<sup>11</sup>

## VII. REFERENCIAS

Banco Mundial, 2017, *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report* (English), Washington, D. C., World Bank Group-World Health Organization, disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/Tracking-universal-health-coverage-2017-global-monitoring-report>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

Banco Mundial, 2018, Poverty & Equity Data Portal, disponible en: <http://povertydata.worldbank.org/poverty/home/>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

BEN-ACHOU, S., 2020, “How much will a coronavirus vaccine cost?”, *Marketplace*, 17 de julio, disponible en: <https://www.marketplace.org/2020/07/17/how-much-will-coronavirus-vaccine-cost/>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

<sup>10</sup> Una discusión que aborda los puntos a favor y en contra de un sistema de cobertura universal de salud se encuentra en Geyman 2013 y Whitman 2013.

<sup>11</sup> Presenté versiones anteriores de este texto en el Coloquio COVID-19 y bioética, así como en el Seminario de Filosofía Práctica del Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM. Agradezco a los participantes sus muchos cuestionamientos, así como a un(a) dictaminador(a) anónimo(a), que me hicieron, espero, mejorar el texto. Agradezco el apoyo de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico a través del proyecto PAPIIT IG300520.

BLACK, C. L. *et al.*, 2013, “National, state, and local area vaccination coverage among children aged 19-35 months—United States, 2012”, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Centers for Disease Control and Prevention 62 (36): 733-740, disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6236a1.htm>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

BRAGG, C., 2020, “Uninsured stuck with COVID testing bill”, *Times Union*, 9 de agosto, disponible en: <https://www.timesunion.com/news/article/Companies-take-millions-in-COVID-help-but-don-t-15429867.php>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

CHOMSKY, N., 2020, “The pandemic has only exposed the suicidal tendencies of capitalism: Noam Chomsky”, entrevista con JIPSON, J. y JITHEESH, P. M., *The Wire*. 18 de mayo, disponible en: <https://thewire.in/world/noam-chomsky-interview-covid-19-pandemic-capitalism-neoliberalism-us-hegemony>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

Economista, 2020, “La vacuna de Moderna podría salir al mercado por unos 50 euros”, *El Economista*, 29 de julio, disponible en: <https://www.eleconomista.es/internacional/noticias/10694374/07/20/La-vacuna-de-Moderna-podria-salir-al-mercado-por-unos-50-euros.html>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

ESCALANTE GONZALBO, F., 2015, *Historia mínima del neoliberalismo*, México, El Colegio de México.

FAIR Health, 2020, FAIR Health Releases Brief on COVID-19, disponible en: <https://www.fairhealth.org/article/fair-health-releases-brief-on-covid-19>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

FRIEDMAN, M. y FRIEDMAN, R., 1993, *Libertad de elegir*, Barcelona, Planeta-Agostini.

GAFFNEY, A. W. *et al.*, 2020, “18.2 million individuals at increased risk of severe COVID-19 illness are un- or underinsured”, *Journal of General Internal Medicine* 35, 2487-2489, disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05899-8>.

GALLAGHER, J., 2020, “Covid: Antibodies ‘fall rapidly after infection’”, BBC News, 27 de octubre, disponible en: <https://www.bbc.com/news/health-54696873>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

GARRETT, B. y GANGOPADHYAYA, A., 2020, “How the COVID-19 recession could affect health insurance coverage”, Urban Institute. disponible en: [https://www.urban.org/research/publication/how-covid-19-recession-could-affect-health-insurance-coverage/view/full\\_report](https://www.urban.org/research/publication/how-covid-19-recession-could-affect-health-insurance-coverage/view/full_report). Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

GEYMAN, J., 2013, “The United States of America Should Adopt Universal Healthcare”, CAPLAN, A. L. y ARP, R. (comps.), *Contemporary debates in bioethics*, Oxford: Wiley.

GHIC, 2020, Launch and Scale Speedometer. Mapping Covid-19 Vaccine Pre-Purchases Across the Globe, 11 de diciembre, disponible en: <https://launchandscalefaster.org/covid-19>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

GOODNOUGH, A., 2020, “Trump Program to Cover Uninsured Covid-19 Patients Falls Short of Promise”, *The New York Times*, 29 de agosto, disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/08/29/health/Covid-obamacare-uninsured.html>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

GOTHAM, D. *et al.*, 2017, *Pills and Profits. How Drug Companies make a Killing out of Public Research*, Londres, Global Justice.

HAMEL, L. *et al.*, 2019, *Kaiser Family Foundation/LA Times Survey of Adults with Employer-sponsored Health Insurance*, San Francisco, disponible en: <http://files.kff.org/attachment/Report-KFF-LA-Times-Survey-of-Adults-with-Employer-Sponsored-Health-Insurance>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

HAYEK, F., 1977, Social Justice, *Firing Line*, entrevista con William F. Buckley, Jr., disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=RnMd40dqBlQ>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

HAYEK, F., 2013, *Law, Legislation and Liberty*, Oxford, Routledge.

Institute of Medicine, 2002, *Care Without Coverage. Too Little, Too Late*, Washington D. C., National Academy Press.

JOHNSTON, D., 1997, “Hayek’s attack on social justice”, *Critical Review*, 11:1, 81-100, DOI: 10.1080/08913819708443445.

KING, J. S., 2020, “Covid-19 and the need for health care reform”, *The New England Journal of Medicine* 382(26): e104(1)-e104(3).

KYMLICKA, W., 1990, *Contemporary Political Philosophy*, Oxford, Oxford University Press.

LEES, K. A. *et al.*, 2005, “Comparison of racial/ethnic disparities in adult immunization and cancer screening”, *American Journal of Preventive Medicine* 29(5), DOI:10.1016/j.amepre.2005.08.009.

LEONHARDT, D., 2020, “The unique U.S. failure to control the virus”, *The New York Times*, 6 de agosto, disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/08/06/us/coronavirus-us.html>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

LEOPOLD, L., 2020, “COVID-19’s class war”, *The American Prospect*, 28 de julio, disponible en: <https://prospect.org/coronavirus/covid-19-class-war-death-rates-income/>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

LEVITT, L. *et al.*, 2020, *Estimated Cost of Treating the Uninsured Hospitalized with COVID-19*, Kaiser Family Foundation, 7 de abril, disponible en: <https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/estimated-cost-of-treating-the-uninsured-hospitalized-with-covid-19/>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

MÉNDEZ MÉNDEZ, J. S., 2019, “La contracción del gasto per cápita en salud: 2010-2020”, Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, 15 de octubre, disponible en: <https://ciep.mx/la-contraccion-del-gasto-per-capita-en-salud-2010-2020/>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

Milken Institute, 2020, COVID-19 Treatment and Vaccine Tracker, 26 de marzo de 2020. disponible en: <https://www.covid-19vaccinetracker.org/>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

NAIIS, s. f., Spotlight on Adult Immunization Disparities, National Adult and Influenza Immunization Summit's, disponible en: [https://www.izsummitpartners.org/content/uploads/2016/01/NAIIS\\_Adult\\_Immunization\\_Disparities-4-01-2015.pdf](https://www.izsummitpartners.org/content/uploads/2016/01/NAIIS_Adult_Immunization_Disparities-4-01-2015.pdf). Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

NOZICK, R., 1974, *Anarchy, State and Utopia*, Nueva York, Basic Books.

NUNN, R. *et al.*, 2020, “A dozen facts about the economics of the US health-care system”, *Brookings*, 10 de marzo, disponible en: <https://www.brookings.edu/research/a-dozen-facts-about-the-economics-of-the-u-s-health-care-system/>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

OMS, 2020, Paludismo, Organización Mundial de la Salud, disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malaria>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

OMS, s. f., What is health financing for universal coverage?, Organización Mundial de la Salud, disponible en: [https://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition/en/](https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/). Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

OPS, 2015, Financiamiento de la salud en las Américas, Organización Panamericana de la Salud, disponible en: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=290&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=290&lang=es). Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

PENG-JUN L. *et al.*, 2015, “Impact of health insurance status on vaccination coverage among adult populations”, *American Journal of Preventive Medicine* 48(6): 647-661. DOI:10.1016/j.amepre.2014.12.008.

RIOTTA, Ch., 2020, “Coronavirus: Teenage boy whose death was linked to COVID-19 «turned away from urgent care for not having insurance»”, *Independent*, 27 de marzo, disponible en: <https://www.independent.co.uk/news/world/americas/coronavirus-teenager-death-california-health-insurance-care->

*emergency-room-covid-19-a9429946.html*. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

RODRÍGUEZ, D., 2020, “La factura hospitalaria de 100.000 pesos al día de un escritor enfermo de coronavirus”, *El País*, 27 de octubre, disponible en: <https://elpais.com/mexico/sociedad/2020-10-27/la-factura-hospitalaria-de-100000-pesos-al-dia-de-un-escritor-enfermo-de-coronavirus.html>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

RUDDEN, J., 2020, “U. S. Private Health Insurance - Statistics & Facts”, *Statista*, 3 de abril, disponible en: <https://www.statista.com/topics/1530/health-insurance-in-the-us/>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

SANDEL, M., 2011, *Justicia*, trad. de J. P. Campos Gómez, Barcelona, Debate.

SOMMERS, B. D. *et al.*, 2017, “Health insurance coverage and health-What the recent evidence tells us”, *New England Journal of Medicine*, 377(6): 586-593.

TANOUS, M., 2020, “Por qué necesitamos mercados libres para luchar contra las pandemias”, *Mises Wire*, Mises Institute, 23 de marzo, disponible en: <https://mises.org/es/wire/por-que-necesitamos-mercados-libres-para-luchar-contra-las-pandemias>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

TÉLLEZ ARRIAGA, G., 2020, “La respuesta al COVID-19 no es el mercado cuando la ideología profundiza la pandemia”, *Nexos*, 30 de abril, disponible en: <https://economia.nexos.com.mx/?p=3026>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

TOGNINI, G., 2020, “Coronavirus business tracker: How the private sector is fighting the Covid-19 pandemic”, *Forbes*, 1 de abril, disponible en: <https://www.forbes.com/sites/giacomotognini/2020/04/01/coronavirus-business-tracker-how-the-private-sector-is-fighting-the-covid-19-pandemic/#45edd0d5899f>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

TWOHEY, M. *et al.*, 2020, “Los países prósperos aseguraron sus vacunas, pero «han vaciado los estantes» para el resto”, *The New York Times*, 17 de diciembre, disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2020/12/17/espanol/vacunas-paises.html?name=styln-coronavirus-es>. Fecha de acceso: 17 de diciembre de 2020.

UNITED STATES CENSUS BUREAU, 2019, Health insurance coverage in the United States: 2018. disponible en: <https://www.census.gov/library/publications/2019/demo/p60-267.html>.

VILLA Y CAÑA, P. y MORALES, A., 2020, Costo por vacuna contra Covid-19 no excederá los 4 dólares: AstraZeneca”, *El Universal*, 13 de agosto, disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/costo-por-vacuna-contra-covid-19-no-excedera-los-4-dolares-astrazeneca>

*19-no-excedera-los-4-dolares-astrazeneca.* Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

WHITMAN, G., 2013, “The United States of America Should Not Adopt Universal Healthcare: Let’s Try Freedom Instead”, CAPLAN, A. L. y ARP R. (comps.), *Contemporary debates in bioethics*, Oxford: Wiley.

WILPER, A. P. *et al.*, 2009, “Health insurance and mortality in US adults”, *American Journal of Public Health* 99(12) 2289-2295. DOI: 10.2105/AJPH.2008.157685.

WOOLHANDLER, S. y HIMMELSTEIN, D. U., 2017, “The relationship of health insurance and mortality: Is lack of insurance deadly?”, *Annals of Internal Medicine* 19, disponible en: <https://doi.org/10.7326/M17-1403>.

WOOLHANDLER, S. y HIMMELSTEIN, D. U., 2020, “Intersecting U. S. epidemics: COVID-19 and lack of health insurance”, *Annals of Internal Medicine*, 7 de abril, disponible en: <https://doi.org/10.7326/M20-1491>.

ZAMISHKA, R., 2018, “A Libertarian’s Case Against Free Markets in Health Care”, The Health Care Blog, 2 de agosto, disponible en: <https://the-healthcareblog.com/blog/2018/08/02/a-libertarians-case-against-free-markets-in-healthcare/>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.