



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO
EN CIENCIAS MEDICAS, ODONTOLOGICAS
Y DE LA SALUD

LA JUSTICIA Y LA ATENCION A LA SALUD EN
LA SEGURIDAD SOCIAL
EL CASO DEL INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS
P R E S E N T A
DR. HORACIO GARCIA ROMERO

DIRECTOR DE TESIS: DRA. MACIA MUÑOZ DE ALBA
COMITE TUTORAL:
DR. FERNANDO CANO VALLE



MEXICO, D.F.

AGOSTO 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

RECONOCIMIENTOS

Dedico este trabajo a todos aquellos que con sus consejos y asesoría me estimularon a realizarlo, en particular a la doctora Marcia Muñoz de Alba, al doctor Fernando Cano Valle y a la doctora Paulette Dieterlen.

A Gloria, mi querida esposa, a mis hijos, a mis nietos y a todos aquellos seres queridos que constituyen mi familia.

A mis maestros, a mis alumnos, y mis amigos que me han enseñado a disfrutar la vida.

A Hildita Ramírez por su paciente y atinada colaboración en la elaboración del manuscrito.

Al pueblo de México.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Dr. Horacio
García Romero

FECHA: 10 de Agosto 2005

FIRMA: [Firma]



INDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. LA SALUD COMO UN PROBLEMA SOCIAL	2
A) La atención de la salud en México.....	5
B) El seguro popular.....	9
II. PROBLEMAS, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DE ESTE ESTUDIO	11
A) Problema.....	12
B) Hipótesis.....	12
C) Objetivos.....	13
CAPITULO PRIMERO	
EL DESARROLLO DE LA BIOETICA Y DE SUS PRECEPTOS	15
Introducción.....	15
I Antecedentes remotos.....	16
II Antecedentes inmediatos.....	17
III Causas del desarrollo de bioética.....	18
IV Las investigaciones empíricas y la bioética.....	20
V El informe Belmont y los cuatro preceptos de Beauchamp y Childress.....	21
A) La autonomía.....	22
B) El beneficio.....	23
C) El no hacer daño.....	24
D) La justicia.....	25
CAPITULO SEGUNDO	
EN TORNO A LAS TEORIAS DE LA JUSTICIA Y LA SALUD	33
Introducción.....	33
I. Teorías de la justicia.....	34
A) Según Hans Kelsen.....	34
B) Según Nozick, Engelhardt y Baumrin.....	35
C) Según John Rawls.....	39
D) Según Amartya Sen.....	44

E) Fortalecimiento de las doctrinas comunitarias antiindividualistas	46
II. Teorías de la justicia en atención a la salud.....	49
A) Según Daniels.....	49
B) Según Blustein.....	54
III. La globalización de la Salud.....	55

CAPITULO TERCERO

DE LOS DERECHOS HUMANOS HACIA EL DERECHO A LA SALUD.....	61
Introducción.....	61
I. Documentos internacionales.....	63
A) Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU.....	63
B) Declaración de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.....	64
C) Los Derechos de Tercera Generación.....	66
II. Derecho a la protección de la salud en México.....	69
A) Derecho Constitucional.....	69

CAPITULO CUARTO

LA PUESTA EN PRACTICA DE LA JUSTICIA DISTRIBUTIVA EN LA ATENCION A LA SALUD.....	73
Introducción.....	73
I. La protección de la salud como un bien exigible.....	75
II. Política y justicia.....	78
III. Estado de bienestar.....	80
IV. Comunismo real y neoliberalismo.....	81
V. El derecho a la seguridad social.....	83
VI. La asignación de recursos para la salud.....	85
A) La equidad.....	86
B) La solidaridad.....	92
C) La asignación de un presupuesto adecuado.....	92
D) Eficiencia y eficacia.....	94
E) Responsabilidad de los pacientes.....	95

CAPITULO QUINTO

EL ROMPIMIENTO DE LA JUSTICIA DISTRIBUTIVA EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.....	100
Introducción.....	100
I. Creación y desarrollo del Instituto Mexicano del Seguro Social.....	100
II. La calidad de los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social	103
A) Diagnóstico del Instituto Mexicano del Seguro Social 1995.....	104
B) Resultado de encuestas rápidas 1998.....	105
1. Opinión de Directivos de Medicina Familiar.....	105
2. Opinión de Prestadores de Servicio.....	106
3. Opinión de Usuarios.....	107
C) El Programa Nacional de Salud 2001-2006.....	108
III. Expectativas en la atención de salud de usuarios, prestadores de servicios y funcionarios del IMSS.....	109
A) De los usuarios.....	109
B) De prestadores de servicios.....	110
C) De funcionarios y coordinadores de servicio.....	110
D) Resultados.....	112
IV. Documentos que relacionan al Instituto Mexicano del Seguro Social con el Banco Mundial.....	112
A) Recomendaciones del Banco Mundial.....	113
B) Loan Agreement. (Acuerdo de Préstamo) IMSS- Banco Mundial.....	114
C) Préstamo para Asistencia Técnica del Banco Mundial.....	118
D) México, una agenda de desarrollo integral para la nueva era.....	119
E) Documentos del Instituto Mexicano del Seguro Social.....	120
F) Areas médicas de gestión desconcentrada.....	121
V. Reformas a la Ley del Seguro Social	122
A) Reformas de 1995.....	123
Tabla 1–Aportaciones mensuales de trabajadores y empresarios cotizantes según la nueva Ley.....	125
C) Reformas de 2001.....	126
D) Reformas de 2004.....	129
VI. Deficiencias del Instituto Mexicano del Seguro Social desde 1995.....	132

Tabla 2- Población cotizante y derechohabiente.....	135
Tabla 3- Unidades y camas censables.....	136
Gráfica 1- Hospitales construidos y puestos en servicio.....	137
Tabla 4- Trabajadores del IMSS.....	138
Tabla 5- Personal médico y enfermeras.....	139
Tabla 6- Servicios médicos proporcionados.....	140

CAPITULO SEXTO

LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS ESPECIALIZADOS EN SALUD Y LA MEDICINA PRIVADA COMO OPCIÓN SUSTITUTIVA DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....

Introducción.....	143
I. Las instituciones de seguros especializadas en salud.....	143
A) Normas éticas de las ISES.....	144
B) El Infierno de las HMOS (Instituciones para el mantenimiento de la salud...)	148
II La Medicina Privada en México como alternativa para la Seguridad Social.....	154
Tabla 7- Recursos de Unidades Médicas Privadas.....	156
Tabla 8- Comparación entre costos de atención a la salud privada y pública.....	160
Gráfica 2- Comparación gráfica entre costos de atención a la salud privada y pública.....	161
Tabla 9- Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) en la República Mexicana 2005.....	162
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	163

INTRODUCCION

La bioética es el estudio y la aplicación de las normas de conducta que deben regir el comportamiento de todos los individuos y de las comunidades en relación con la salud y la vida, a la luz de los conocimientos científicos y de los principios y valores aceptados por las diversas comunidades.

Se trata de una área del conocimiento y de la praxis en la que la ciencia y la filosofía e incluso el derecho, se imbrican y complementan, para intentar establecer normas que guíen la conducta de los seres humanos y coadyuven al beneficio de todos los seres vivientes, mediante la reflexión sobre los valores relacionados con la salud y la vida, y el conocimiento empírico de los factores que influyen sobre ellas y las modifican.

Los temas de la bioética pueden ser enfocados como problemas científicos, pragmáticos y analizados desde el punto de vista filosófico, económico, jurídico, antropológico, médico, psicológico, o sociológico.

Los factores que mejoran, mantienen o deterioran la salud de los seres humanos son múltiples y complejos: educativos, ambientales, nutricionales, psicológicos, genéticos, económicos, sociales. Sin el conocimiento de estos elementos no es posible establecer las normas que nos permitan actuar correctamente en este terreno. Este es el papel de bioética. A su vez todas las disciplinas que tienen que ver con la conservación de la vida y la salud, tanto del ser humano como de todos los seres vivos que nos rodean, deben buscar orientación en las normas que establece la bioética, para que en su aplicación práctica consigan las metas que se proponen en la forma mas correcta, de acuerdo con los principios aceptados por la sociedad.

Por otro lado la filosofía y en particular la ética, nos ayudarán de dos maneras: primero, permitirán el planteamiento de los problemas precisos y relevantes que deben establecerse, y en su caso, fijar las hipótesis de trabajo que se pondrán a prueba; en segundo lugar, el ejercicio filosófico nos exigirá que cada solución esté basada en argumentos sólidos, congruentes, lógicos, que den sustento a la solución elegida, y sean contrastados con los argumentos a favor o en contra de las soluciones alternativas.

En este trabajo se abordará como tema específico un problema bioético que atañe a la sociedad mexicana: la justa distribución de los recursos para la atención de la salud de la población, que como es del dominio público no se está cumpliendo en su totalidad (1) (2) (3). La justicia distributiva está universalmente aceptada como una de las bases de la bioética, por la relevancia que tiene en la adecuada atención la salud de la población. (4)

I LA SALUD COMO UN PROBLEMA SOCIAL

Los seres humanos requieren tener salud para cumplir con sus funciones, alcanzar sus metas, ser útiles a si mismos y a la sociedad. Una persona enferma, lesionada o incapacitada, de acuerdo con la intensidad de sus síntomas, padece sufrimientos que minan su bienestar físico y psicológico. Además su malestar repercute en su entorno social:

- No es productivo. Sin aporte a la sociedad está debajo de sus posibilidades.
- Produce inquietud, angustia, preocupación en los que lo rodean: su familia y su comunidad.
- Es una carga económica para parientes o amigos y para la sociedad.
- Con frecuencia las personas que tienen que cuidarlo dejan de ser productivas y realizan mal las funciones que tienen asignadas.

Por otra parte, cada vez se reconoce más ampliamente que existen factores sociales que intervienen como agentes causales de enfermedades y lesiones. Salvo excepciones, la mayoría de los padecimientos y de sus complicaciones son provocados por factores externos ajenos a la responsabilidad de los enfermos, y con frecuencia tienen un carácter netamente social. El racismo, la discriminación, la pobreza, el pertenecer a un grupo étnico, la ignorancia, el entorno ecológico son elementos que por sí mismos constituyen factores de riesgo para enfermar.

Entre los elementos genéricos de los que depende la salud se mencionan los siguientes:

- Económicos: ingresos familiares, empleo, ocupación, costos de atención a la salud.
- Socioculturales: vivienda, alimentación, educación, saneamiento ambiental.
- Geográficos: comunicaciones que permiten el acceso a los servicios.
- Políticos: posibilidad de ejercer sus derechos. Pertenencia a agrupaciones sociales.
- Técnico-administrativos: Organización de los recursos disponibles para recibir los elementos de acuerdo a necesidades (5) (6) (7).

México suscribió en 1977 una postura según la cual la salud es un derecho humano fundamental y tiene un objetivo social para el mundo entero. Esta fue definida en Alma Ata en 1978 en la famosa declaración “Salud para todos en el año 2000”. Alma Ata es una ciudad de la antigua Unión Soviética, actualmente capital de la República de Kazakistán. En ese tiempo nuestro país se comprometió, junto con las demás naciones a “asegurar una distribución más equitativa de los recursos de salud y conseguir que los ciudadanos de todos los países alcancen un nivel de vida que les permita llevar una vida social y

económicamente productiva”.

Los últimos lustros demostraron que la meta propuesta no era fácil de alcanzar, a pesar del optimismo de los coordinadores.

Todavía en 1989 el doctor Guillermo Soberón y el doctor Jesús Kumate publicaron un libro titulado “Salud para todos. ¿Utopía o Realidad?”, en el que señalan: “El Estado mexicano se comprometió a proteger la salud de todos los habitantes del país. Este es un compromiso concreto, no solo un desiderátum: enfáticamente declaramos que es un compromiso que se puede cumplir”. (8)

Y más adelante afirman: “Las posibilidades de mejorar la estructura de salud para dar un uso más productivo de los recursos y el cumplimiento de ampliar el acceso de los mexicanos a los servicios de salud han hecho imperativa la integración de esos servicios en un Sistema Nacional de Salud, que permitiera convertir en realidad la doctrina de que la salud es una necesidad y un derecho del hombre y que el garantizarla para todos es un compromiso que solo el estado puede aceptar y cumplir con éxito”. (9)

La salud ha dejado de ser un problema privado, es decir, de los individuos y su entorno para convertirse en casi todos los países del mundo en un problema público, o sea de los individuos y de las comunidades que conforman. La política sanitaria es fundamentalmente para el mantenimiento de la salud en general y de cada uno de los individuos en particular. En este escenario, la justicia distributiva, la justa asignación de los recursos, se ha convertido en uno de los problemas más agudos de salud pública y por consiguiente de la bioética actual.

Se dice que la justa asignación se refiere a la forma en la que los recursos se reparten ubicados en una sociedad estructurada, que posee normas legales, morales y culturales. La asignación de los recursos, éticamente correcta, de acuerdo con las características y atributos de las personas que conforman esa

sociedad, constituye la base de la justicia distributiva.

Como se señalará en esta misma introducción, uno de los objetivos de este trabajo será analizar las corrientes de pensamiento contemporáneo que han señalado las bases de una asignación justa de los recursos de un estado, y cómo de ésta se deriva una adecuada atención a los problemas de salud.

A) La atención de la salud en México

La población de México a principios de 2005 es aproximadamente de 105 millones de habitantes. La atención a la salud en estas personas se otorga mediante el Sistema Nacional de Salud, que no es homogéneo, sino que separa a la población en dos grupos principales: a) los que están cubiertos por la seguridad social y b) la población abierta. El grupo que se atiende bajo el régimen de seguridad social comprende 62 millones de habitantes, en las instituciones que a continuación se señalan.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, institución objeto de análisis en nuestro trabajo, incluye los asalariados de la industria y el comercio privados, así como algunos grupos del área rural. Tiene, en enero de 2005, 16.3 millones de asegurados cotizantes que con sus familiares dependientes suman 42.6 millones de derechohabientes (10), sin contar 10.5 millones de dependientes del IMSS Oportunidades. Tiene actualmente 1505 clínicas, 263 hospitales y 29,256 camas censables. Recibe aportaciones financieras de tres fuentes: 1) Los trabajadores, 2) Los empresarios y 3) El Estado Federal.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Comprende 2.3 millones de asegurados cotizantes y 10.3 millones de derechohabientes. Tiene actualmente 1133 clínicas y 105 hospitales. Su financiamiento se realiza con las aportaciones de las Instituciones del Gobierno

Federal y las cuotas de los trabajadores gubernamentales. Los trabajadores de los gobiernos estatales son atendidos en unidades que dependen directamente de los propios gobiernos de cada estado. (11)

Algunas instituciones oficiales prestan servicios de salud directamente. De estas las más relevantes son: La Secretaría de la Defensa Nacional, PEMEX, y la Secretaría de Marina.

La Secretaría de Salud presta cuidados de salud a quienes no están cubiertos por ningún régimen de seguridad social, principalmente a campesinos, desempleados o subempleados y a los marginados de las poblaciones urbanas, que en total ascienden a 43 millones de personas. Cuenta con 12,026 clínicas y 469 hospitales generales con 32,206 camas censables, y con 10 institutos de tercer nivel ubicados en el área metropolitana de la Capital de la República, (además de dos institutos que no proporcionan atención médica directa).

Las unidades estatales dependen de la Secretaría de Salud de cada Estado, y reciben aportación financiera federal y estatal. Los usuarios pagan además una cuota de recuperación que depende de su condición económica.

Las personas no aseguradas en áreas rurales pueden recibir atención médica en las instalaciones del sistema IMSS Oportunidades (antes IMSS Coplamar e IMSS Solidaridad). Este consta de 3540 unidades de 1er. Nivel y de 69 hospitales generales con 2181 camas y 69 quirófanos (12). Hasta ahora, el financiamiento se realizó con aportaciones del Gobierno Federal del Gobierno Estatal. La construcción, mantenimiento, equipamiento y contratación de personal corre a cargo del IMSS.

Además de las instituciones ya mencionadas, el Sistema Nacional de Salud está conformado por otras que prestan servicios de salud, como algunos hospitales y clínicas universitarias, instalaciones del DIF (Desarrollo Integral de

la Familia), la Cruz Roja, el Metro del Distrito Federal, los Bancos, y de particular importancia, los servicios médicos privados. Estos últimos prestan atención de salud a 28% de la población abierta y a 21 % de los que poseen servicios de seguridad social de los que no se sienten satisfechos. En promedio atienden al 24% de la población total de la república (13).

La Secretaría de Salud (antes de 1983 Secretaría de Salubridad y Asistencia), fue creada como entidad gubernamental en 1943, el mismo año que se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social. Ese año se fundó también el Hospital Infantil de México, el primero de los doce Institutos Nacionales de Salud de la SSA. Por otro lado, en 1960 se fundó el ISSSTE para estructurar la atención a los trabajadores al servicio del Estado. El servicio médico de Petróleos Mexicanos se inició como entidad independiente en 1948. Los servicios de atención a los miembros del Ejército y de la Marina Nacional nacieron poco después de consolidarse la Revolución Mexicana, con la puesta en vigor de la Constitución Política.

La heterogeneidad de los servicios de salud se hace manifiesta al conocer los presupuestos asignados en las diversas instituciones a cada una de las personas que dependen de ellas para la atención de su salud. El gasto anual per capita (por individuo dependiente) para la salud, fue los años 2000 y 2004 en números absolutos.

	<i>AÑO 2000</i>	<i>AÑO 2004</i>
IMSS	2600 pesos	2000 pesos
ISSSTE	1400 pesos	1550 pesos
SSA	1200 pesos	250 pesos

Fuente: Anexo Informe de Gobierno 2004, p 88 SSA, Plan Nacional de Desarrollo Programa Nacional de Salud. México. 2001-2003

Se ha criticado mucho, que en el gasto federal, la salud no ocupa un lugar importante dentro de las prioridades. El año 2002 el gasto público en salud fue el 5.2% del total, muy por debajo del de Argentina (22%), Costa Rica (20%), Colombia (17%), Cuba (16%) y de otros países del continente (15). México tiene actualmente un índice de 1.1 camas de hospitalización por cada 1000 habitantes, y ocupa el último lugar en todos los países del continente americano, con excepción de Guatemala. El índice es superior a 2.6 camas en Argentina, Brasil, Chile y Cuba. (15) (16). Desde luego esto se refleja en la calidad de la atención en nuestras instituciones de salud y en la insatisfacción y desconfianza manifestada por sus derechohabientes y usuarios, como consta en las encuestas oficiales. La segunda y última Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud de la Fundación Mexicana para la Salud aplicada en mayo de 2000 muestra que en ese año solo el 19% de la población pensaba que los servicios funcionan bastante bien. El resto quedó parcial o totalmente insatisfecho con la prestación que recibió. (17)

El 81% de los que acudieron a servicios privados informó haber mejorado de su estado de salud; lo mismo ocurrió con el 64% de los que asistieron a servicios de seguridad social, y 55% de los que fueron atendidos en instalaciones de la SSA. (17)

Los principales problemas de los servicios de salud según los usuarios, son los altos costos (opinión del 55%) la falta de recursos y estructura (29%) y la mala calidad de la atención (24%).

Estas deficiencias de la atención a la salud en las instituciones oficiales, y se han reflejado en los índices de mortalidad infantil, mortalidad materna y en la esperanza de vida al nacer (15). A pesar que en la segunda mitad del último siglo hubo una mejoría importante de estos índices de salud, todavía esta México muy

por debajo de otros países similares al nuestro, que se han preocupado con verdadero empeño en mantener en alto las condiciones de salud de la población (15).

El 20 de agosto de 1996 la Secretaría de Salud mediante un Acuerdo Nacional, terminó la descentralización de los servicios de salud, y cada estado pasó a ser el responsable de la atención de salud de sus habitantes (18).

B) El Seguro Popular

La Secretaría de Salud en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 anunció la creación del Programa Seguro Popular de Salud destinado a quienes no están cubiertos por otras instituciones de seguridad social. El Programa del Seguro Popular de Salud se hizo una realidad en 2002, año en el que se afiliaron 295,513 familias (19). El 25 de agosto de 2004 el Seguro Popular había afiliado un millón de familias. El 95 por ciento de las localidades donde opera el Seguro Popular de Salud son rurales; seis de cada diez son marginados, y el 48.8 por ciento son comunidades de habla indígena (20).

Las cuotas de familias se determinan con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia, sin que el nivel de ingreso o la carencia de éste sea una limitante para acceder al sistema. La cuota social se complementa con la aportación del Gobierno Federal que es al menos una y media veces el monto de la cuota social, y con el aporte estatal equivalente a la mitad de la cuota social (19). Hay que tomar en cuenta que el 90 por ciento de las familias afiliadas no contribuyen a su Seguro Popular y reciben de cualquier forma sus beneficios; estas familias se ubican en los decilos de ingreso 1 y 2.

El sistema está ya establecido en 25 entidades federativas (19) y comprende 0.8 por ciento de familias incorporadas. El promedio de cuotas

captadas por familia afiliada fue de 150 pesos anuales en 2003 y de 45 pesos en 2004. (20)

El establecimiento del Seguro Popular divide a la llamada población abierta del país, constituida por quienes no disfrutaban de la Seguridad Social, en dos grupos: unos atendidos con fondos fiscales asignados a la Secretaría de Salud que seguirán pagando las cuotas de recuperación cada vez que reciban asistencia médica, y otros a quienes se otorgará atención y medicamentos mediante un prepago que dará también protección a su núcleo familiar.

Las modificaciones a la Ley General de Salud propuestas por el Ejecutivo, y aceptadas en mayo de 2003 (21) por el Congreso de la Unión, le da fuerza de ley al programa del Seguro Popular.

Las reformas y adiciones a la Ley General de Salud del 15 de mayo de 2003 son extensas y relevantes. Se añade un título nuevo (tercero bis) con diez capítulos. Se crea el Sistema de Protección Social en Salud, que da sustento al Seguro Popular y al “Fondo de protección contra gastos catastróficos” que evitará a las familias inscritas el arriesgar todo su patrimonio en caso de enfermedades graves. El programa compromete a la Secretaría de Salud a mejorar sus servicios a la población abierta, y al mismo tiempo pretende incrementar sus ingresos en forma sustancial con la participación de esa misma población. En 2003, el programa recibió 1003 millones de pesos que correspondió al 5% del presupuesto de la Secretaría de Salud (22).

Mientras tanto el Seguro Popular ha tenido dificultades para implantarse. Hay quien señala que solo pueden acceder a él los que viven cerca de los centros de salud, y que éstos raramente cuentan con los equipos y materiales necesarios; que es una obligación constitucional del gobierno el dar atención médica a la población de todo el país, la que debe ser gratuita para quienes tienen escasos

recursos, y no están amparados por la seguridad social; que el paquete de atención del seguro popular no ofrece asistencia médica de especialidades como ortopedia, oftalmología, otorrino, atención de salud mental, anatomía patológica y otras muchas, no comprendidas en las cinco especialidades básicas que señala la nueva Ley. Se ha mencionado que las personas adquieren el Seguro Popular solamente cuando están enfermas, lo que no ayuda a financiar el sistema.

El éxito del programa depende, en última instancia, de la confianza y satisfacción que el público vaya adquiriendo a lo que se le ofrece por el prepago que realiza al comprar el seguro popular. Si se considera que la atención a la salud no ha sido una prioridad de los gobiernos durante los 4 últimos lustros (prioridad que debió reflejarse en el presupuesto asignado a este rubro), pudiera ser difícil que esa confianza de la población en las instituciones oficiales de salud se diera de la noche a la mañana. Ya está establecido el sistema. Hace falta esperar y percatarse de los resultados que puede tener para el beneficio de la población mexicana mas desamparada, la mas pobre, que hasta ahora no está cubierta por la seguridad social.

II PROBLEMAS, HIPOTESIS Y OBJETIVOS DE ESTE ESTUDIO.

De acuerdo con lo expuesto, la sociedad mexicana recibe una atención de salud muy heterogénea y poco satisfactoria.

En el presente trabajo de investigación se plantea, bajo un enfoque bioético el papel que puede jugar la justicia distributiva en la resolución de la atención de la salud pública como una situación social.

Como marco teórico, se estudiarán las ideas contemporáneas sobre la justicia distributiva, y su aplicación a la asignación de los recursos a la salud. También se revisarán las propuestas sobre los derechos humanos que tienen relación directa con el bienestar, la salud y la vida. Finalmente, para dar sustento

a las conclusiones de esta tesis, se realizará un estudio de caso: la asignación de los recursos para la salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

A) PROBLEMA

Los Problemas que hemos planteado en este trabajo son:

1. De las diversas teorías contemporáneas sobre la justicia ¿Cuáles son aquellas que deben aplicarse a la distribución de los recursos para la salud en un país como México?

2. En el estudio de caso: ¿La asignación de los recursos en el Instituto Mexicano del Seguro Social ha seguido los principios adecuados que exige la bioética? Si ha habido desviaciones en este respecto ¿Cuáles han sido las causas, las consecuencias y las posibles soluciones justas que la sociedad puede exigir?

B) HIPOTESIS

Las hipótesis de trabajo han surgido a partir de este estudio de diversos hechos que nosotros como ciudadanos vivimos día a día con relación a las deficiencias en la atención a la salud y así como en el análisis cuidadoso de datos y de documentos poco comentados o que no han recibido la debida atención.

La hipótesis principal es que en un país como México en el que existen grandes desigualdades en la repartición de la riqueza, la justicia distributiva en el área de la salud debe manifestarse en una clara tendencia a la equidad, a la solidaridad, a la imparcialidad, a la igualdad de oportunidades para resolver los problemas de salud, y a la seguridad en la protección de los factores que afectan nuestro bienestar integral.

La hipótesis a comprobar en el estudio de caso es la siguiente: las deficiencias cada vez mayores en la atención médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social han sido provocadas, en parte por las presiones de instituciones internacionales sobre las autoridades gubernamentales, con lo que se pretende

entregar la atención de la salud de los trabajadores y de sus familiares a empresas privadas, siguiendo una política que descuida injustamente a la población mas necesitada.

C) OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo son:

Objetivo primario

Revisar las corrientes contemporáneas de las teorías de la justicia en la distribución de los recursos, establecer la importancia de este precepto de la bioética y señalar cuáles son en nuestro país, los criterios en los que debe basarse la justa asignación de estos recursos en beneficio de la salud de la población.

Objetivos secundarios

1. Como un estudio de caso, señalar los cambios políticos, legales y financieros ocurridos a partir de 1990 en la asignación de los recursos en el Instituto Mexicano del Seguro Social y analizar si existe congruencia entre esa asignación y los principios de la justicia distributiva.

2. Presentar un grupo de recomendaciones con bases bioéticas, que permitirían superar los obstáculos que han desviado la buena atención de la salud en el IMSS a sus cotizantes y derechohabientes.

La bioética ha considerado a la justa asignación de los recursos de un Estado y de una sociedad como uno de los preceptos más importantes a los que debe dedicar su estudio y su análisis profundo (23). Sin embargo, hasta el último lustro muy pocos bioeticistas habían puesto suficiente atención a este tema (24). Sin embargo, afortunadamente en los albores del nuevo siglo han aparecido numerosas publicaciones sobre la justicia en la salud. El lema del IV Congreso Internacional de Bioética en Brasil en 2002 fue “Poder e Injusticia” y en el se abordó este problema (25) (26) (27).

Para los estudiosos de la bioética nos resulta importante el analizar las consecuencias de una política que pone poca atención a los derechos humanos, en los principios bioéticos aceptados y a su impacto en los individuos que tienen necesidades apremiantes. Sirva esta investigación para contribuir a llenar el abismo que nos separa de lo que es justo en la atención de la salud de la población de nuestro país.

Para que este trabajo no se limite a ser un documento contestatario y quejumbroso, se presentarán las expectativas de los usuarios, del personal de salud y de los funcionarios y coordinadores de los servicios, para que, de acuerdo con su viabilidad política y económica, y la aplicación de la doctrina adecuada de la justicia distributiva, el Instituto Mexicano del Seguro Social vuelva a ser una de las fortalezas más vigorosas del pueblo de México en defensa de su salud.

CAPITULO PRIMERO

EL DESARROLLO DE LA BIOÉTICA Y DE SUS PRECEPTOS

Introducción

La bioética, como el estudio y la aplicación de las normas éticas de conducta que deben regir el comportamiento de todos los miembros de la sociedad en relación con la salud, probablemente existe desde siempre, sobre todo en lo que se refiere a las relaciones entre el médico y el paciente.

En este capítulo se expondrá en forma sucinta la forma como surgió la bioética como una nueva ciencia, y el lugar que ocupa la justicia dentro de ella.

Se mencionarán algunos antecedentes remotos, y los que finalmente conformaron los campos de estudio de esta ciencia interdisciplinaria, en la que intervienen la ética, la psicología, la medicina, la sociología, la política y otras disciplinas afines.

Se enumerarán los principales factores que en nuestra opinión, han propiciado el gran interés por la bioética en los últimos decenios. Se mencionará la necesidad de realizar investigaciones empíricas en el área de la salud para establecer muchas de las normas bioéticas, y no conformarse con las investigaciones deductivas, analógicas o documentales.

De particular importancia se hará en este capítulo una descripción de los preceptos que iniciaron la bioética en los que se fundamentan la mayoría de las normas de conducta ejemplares para el personal de salud. Estos preceptos, aceptados casi universalmente son: a) la autonomía, b) la beneficencia, c) el no hacer daño, d) la justicia. En este último se incluirá la justicia distributiva, como una base de la adecuada atención a la salud de la población, principio prioritario de la bioética.

I Antecedentes remotos

En el pasado, cuando apareció una sociedad constituida con una organización social mas o menos estructurada, es muy posible que se haya iniciado una vigilancia sobre quienes ejercían las funciones de atención a la salud en los pacientes. Así tenemos el Código de Hammurabi (1800 a C) que señala ya con precisión las sanciones que se debían aplicar a los médicos irresponsables o poco hábiles de la antigua Mesopotamia (28). La preocupación del Estado por la salud de los ciudadanos está descrita en la conocida frase de Cicerón *salus populi suprema lex est* la salud del pueblo es una ley suprema.

Durante la Edad Media, las medidas sanitarias como las cuarentenas, muestran ya la preocupación de las autoridades por evitar contagios. En época mas reciente, Virchow quien además de médico e investigador era un funcionario humanista expresó hace 150 años “La medicina es una ciencia social. La política no es sino medicina a gran escala” (29).

Las investigaciones en seres humanos realizadas durante la segunda guerra mundial originaron los Códigos de Nuremberg en 1947 (30) y el Código de Investigación Clínica en Helsinki (1964) que ha sido revisado varias veces, la última en el año 2000 (31), estableciendo conductas en el manejo de atención e investigación de la salud. El establecimiento de estas normas de investigación y de otras que fijó la Asamblea Médica Mundial en el Código Internacional de Ética Médica en 1949, (32) iniciaron el período de la ética médica moderna y abrió el camino a la bioética. Esta última ciencia amplió el campo de aplicación de la ética médica, que tradicionalmente se ha referido a la relación del médico y el paciente. En cambio la bioética extiende su campo de estudio a todos los factores que intervienen en la salud de los seres vivos, incluyendo animales y

plantas, y a la conducta que los seres humanos en particular y la sociedad en general debe guardar en relación con la salud y la vida.

II Antecedentes inmediatos

El mérito de haber acuñado la nueva palabra “bioética” corresponde a Van Rensselaer Potter, quien en 1971 propuso en su obra “*Bioética puente al futuro*”, la búsqueda de las directrices para mejorar la calidad de vida de los seres humanos con especial atención a los cuidados del medio ambiente. Potter seguramente no imaginó el impacto de su propuesta original ni el enfoque que se daría en el mundo al neologismo que introdujo hace 34 años (33) (34). La bioética se dedicó a tratar los problemas de la salud.

En 1978 se publicó la Enciclopedia de Bioética que comprende 318 artículos, que está ya en su tercera edición en 2003 (35). Desde entonces el enfoque más bien ecologista globalizador de Potter se ha mantenido dentro de la bioética, casi como un homenaje al creador del término (fallecido en septiembre de 2001), si bien conforme se extiende el conocimiento de esta nueva ciencia, surgen propuestas que siguen su línea (36) (37).

Vale la pena mencionar que la palabra bioética fue al principio resistida en muchos países, como en los de Europa continental porque hacía pensar que la biomedicina elaboraba a su gusto su propia ética. Los filósofos europeos consideraban que la ética, en tanto disciplina filosófica está por encima de los saberes particulares. No corresponde a las biotecnologías dirigir a la ética, sino que es a la ética a quien incumbe dirigir a las biotecnologías. Por ello se prefería hablar de “ética biomédica” antes que de “bioética”. (38)

Sin embargo el nuevo término acabó por imponerse, gracias a su gran fuerza expresiva, y al hecho de que permite reunir en una misma disciplina no solo a la ética médica, sino también a un conjunto de ciencias fácticas y sociales

como la psicología, la sociología, el derecho, la política y la misma ciencia médica. Mas que una disciplina la bioética es una ciencia multidisciplinaria, en tanto que se basa en múltiples áreas del conocimiento y de la praxis, y es interdisciplinaria, ya que intenta correlacionar estas áreas entre sí. Tiene como sustento principal la ética, ya que su campo fundamental es la búsqueda de las normas de cada uno de los seres humanos en relación con los problemas de salud. Comparte con la psicología el estudio de las motivaciones de este comportamiento; con la medicina científica los conocimientos y la práctica de los medios para conseguir los fines que se propone y con la sociología, el derecho y la política, el estudio y análisis de la mejor forma de compartir con los miembros de la sociedad los beneficios que los adelantos tecnológicos pueden proporcionarles.

III Causas del desarrollo de la bioética

El desarrollo de la bioética en los tres últimos decenios y el gran interés que ha despertado se debe a numerosos factores entre los que vale la pena destacar los que se enlistan. (39)

- 1.- La expansión de la investigación biomédica y la necesidad de fijar las normas que la dirijan.
- 2.- El transplante de órganos, iniciado en la década de los cincuentas.
- 3.- El establecimiento de las unidades de terapia intensiva.
- 4.- El vertiginoso desarrollo tecnológico en los procedimientos de diagnóstico, algunos de muy alto costo.
- 5.- El desarrollo acelerado de métodos terapéuticos que en ocasiones no toman en cuenta la "calidad de vida" que ofrecen al paciente.
- 6.- El empleo de diagnósticos prenatales intrauterinos, con el fin de preservar o no el embarazo.

- 7.- La aceptación legal en muchos países de medidas no universalmente aceptadas como el aborto o la eutanasia.
- 8.- La tecnología de la reproducción y los avances en la micromanipulación de los gametos, la criopreservación del embrión, la subrogación del embarazo, la donación de los gametos y la clonación.
- 9.- La ingeniería genética y la investigación del genoma humano.
- 10.- El incremento de la esperanza de vida, de los enfermos crónicos y de los pacientes terminales.
- 11.- El deterioro de la imagen del médico a quien se consideraba como un profesional con una firme vocación y una probidad incuestionable, del que se deriva la necesidad de recuperar la fuerza moral y el prestigio de los profesionales de la salud.
- 12.- La aparición de nuevas enfermedades como VIH-SIDA, que obligan a reconsiderar no solo la protección de la comunidad, sino también el respeto a la dignidad de nuestros pacientes.
- 13.- La mayor participación de los pacientes y de la comunidad en las decisiones que atañen a su salud. El mas amplio conocimiento de la población general de los hechos de la medicina, de las limitaciones de ésta, de los errores de los médicos, que han modificado las relaciones médico-paciente y equipo de salud -paciente.
- 14.- El desarrollo del reconocimiento de los derechos humanos y la necesidad de normar los derechos que se refieren a la salud.
- 15.- Las necesidades cada vez mas apremiantes de salud de la comunidad y los recursos que el Estado asigna para cubrirlas.
- 16.- La preocupación por el trato a los animales.
- 17.- Los problemas ecológicos y del desarrollo sustentable.

Todos estos fenómenos han surgido o se han exacerbado en los últimos decenios. Sin excepción, cada uno de ellos ha requerido profundas reflexiones para definir el “deber ser” de la resolución de estos asuntos. Son cada uno de ellos, hechos extraordinariamente complejos.

En la historia han pervivido los conceptos de una serie de grandes pensadores que nos han iluminado con ideas de una gran sabiduría. Si estas ideas forman un conjunto congruente, sistemático, profundo, sin evidentes contradicciones, dan lugar a una escuela o corriente de pensamiento que a todos nos enriquece. Sin embargo, ante problemas éticos como los que a menudo nos presenta la bioética, si nos limitamos a una sola corriente, estaremos acotando nuestras posibilidades de actuación. Es por esto que preferimos tomar en cuenta, de lo que conocemos, aquello que pensamos que mas nos acerca a lo correcto, a lo que es bueno en un caso dado específico, que se da bajo ciertas circunstancias y condiciones, y tomando en cuenta no únicamente nuestra escala de valores sino también la de las personas involucradas en el problema que tratamos de resolver. Este enfoque pudiéramos llamarlo de pluralidad de valores, y parece ser el mas indicado para resolver muchos de los problemas que se analizan en la bioética (40) (41).

IV Las investigaciones empíricas y la bioética

La bioética no puede basarse únicamente en un análisis filosófico conceptual, aunque este es indispensable. Las investigaciones empíricas son muchas veces necesarias para resolver los problemas individuales y colectivos de salud. Los procedimientos mas adecuados en el manejo de los pacientes, en la asistencia sanitaria de una región, en las medidas prioritarias en la asignación de los recursos para la salud, no pueden establecerse sin el conocimiento de

experiencias empíricas previas, o de la realización de investigaciones sobre la población a la cual servimos.

En esto hace énfasis Emanuel E J (42) del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos, en una publicación reciente de la Organización Mundial de la Salud, en la que expone numerosos ejemplos de investigaciones empíricas en el área de la salud y demuestra la importancia de estas investigaciones en el establecimiento de las normas bioéticas.

V El Informe Belmont y los cuatro preceptos de Beauchamp y Childress.

En 1974 el Congreso de los Estados Unidos creó una Comisión Nacional encargada de identificar los principios éticos básicos que deberían guiar la investigación en seres humanos y en la biomedicina. En 1978, los comisionados publicaron el “Informe Belmont” que contenía tres principios: La autonomía del paciente, el beneficio y la justicia (43).

En 1979 Tom L. Beauchamp (quien había sido miembro de la Comisión) y James F. Childress, publicaron un libro (44) en el que profundizaron sobre estos tres preceptos y añadieron un cuarto (el de no-maleficencia).

Estos cuatro principios han sido aceptados universalmente, como modelos o arquetipos de conducta ejemplar para el personal de salud, que incluye como corresponsables de su salud a los usuarios, sanos o enfermos. Son consideradas las aportaciones de la filosofía norteamericana a la consolidación de la bioética.

Los cuatro principios son:

- 1.- La autonomía.
- 2.- La beneficencia.
- 3.- El no hacer daño (no-maleficencia).
- 4.- La justicia.

Se ha reconocido que estos preceptos pueden ser interpretados de maneras diversas y que a veces son contradictorios (45) (46), en particular la autonomía y el beneficio que en ocasiones concretas pueden mostrar opciones opuestas. Se sustenta que estos dos preceptos pueden o no ser obedecidos de acuerdo con las circunstancias. No así la justicia y la no maleficencia cuyas normas deben ser siempre aceptadas (47).

La justicia no puede comprenderse sin tener una idea de los demás principios. La justicia es también el sustento que permite su cumplimiento. Si no existe justicia en la atención de la salud, se quebrantan todos los demás preceptos.

A) La autonomía

El concepto de autonomía se deriva de Emmanuel Kant, quien la definió como la propiedad de la voluntad que racional y libremente, se autoprescribe una norma para actuar en consecuencia, a diferencia de la heteronomía en la que la ley moral es impuesta desde afuera (48). De acuerdo con la autonomía, cualquier persona que solicita o requiere atención a la salud, tiene la prerrogativa de aceptar o no las indicaciones del médico y del personal de salud. El concepto de autonomía lleva implícitos los siguientes criterios respecto a cada individuo:

- El derecho a la información sobre su padecimiento o su estado de salud.
- El derecho a la confidencialidad con la que deben manejarse los datos respecto a su salud.
- El derecho a la privacidad en las instituciones donde acuda para ser atendido.
- El derecho a aceptar o no cualquier procedimiento de diagnóstico o tratamiento.

B) El beneficio

El segundo principio de la bioética es el procurar el mayor beneficio para el enfermo o para una comunidad. Para esto han sido educados los médicos y los demás miembros del personal de salud. Han aprendido cuáles son los mejores métodos con los que cuentan para obtener el óptimo beneficio, de acuerdo en cada momento, con los avances de la ciencia. La correcta actitud del personal de salud debe ser considerada como histórica, modificable y progresivamente mejor de acuerdo con la evolución de la ciencia. (49)

El procurar el beneficio del paciente exige al personal de salud que se actualice constantemente en su disciplina. A los que laboran en una institución oficial, esta debe proporcionarles los medios para su capacitación continua. Una buena biblioteca, que incluya los métodos electrónicos de información modernos será útil para conocer los avances de la ciencia, las mejores técnicas de diagnóstico y de tratamiento con los que se cuenta en determinado padecimiento, y pondrá en condiciones al personal de otorgar a los pacientes el mayor beneficio. La asistencia a congresos y reuniones académicas facilitará esta actualización.

Desde luego la institución contará con las instalaciones, los equipos, los materiales de consumo y los medicamentos a efecto que el personal de salud pueda poner en práctica el beneficio de los enfermos, paradigma bioético. No basta la capacidad ni la buena voluntad. El mas alto nivel académico y el sentido de responsabilidad mas elevado no pueden suplir las carencias materiales de una institución.

El segundo precepto bioético no se agota con el ejercicio técnico. El enfermo requiere para su alivio, de parte del personal, un trato amable, respetuoso, que muestre interés genuino en su curación. En esta forma su estado psicológico coadyuvará a su mejoría. Un trato poco cortés, discriminatorio o

indiferente aumentará sus molestias, sus angustias, y afectará su disposición a colaborar para su propio beneficio.

Por lo anteriormente expuesto puede apreciarse que la beneficencia tiene una base importante en la ética pragmática. En el área de la salud, para *hacer el bien* necesita uno saber *cómo hacerlo*. Desde luego, la utilidad de nuestras acciones se derivará de que lo que hacemos sea lo apropiado, lo mejor que la medicina ofrezca para nuestros pacientes.

La beneficencia no puede concebirse integralmente si el equipo de salud carece de las actitudes y las normas que le brindan las corrientes éticas de la virtud: el interés por el enfermo, la compasión por sus problemas, el trato amable, la dedicación en el seguimiento de su padecimiento, son cualidades indispensables en los profesionales y técnicos en beneficio del paciente.

Las doctrinas éticas comunitarias o sociales fijarán las directrices para que los miembros del equipo de salud cuenten con los medios que les permitan actuar adecuadamente. Para esto requieren instalaciones, equipos, material de consumo, medicamentos. La justicia distributiva es esencial para cumplir con la beneficencia.

La capacitación en salud de todos los individuos que conforman un grupo social es también de gran relevancia para su autocuidado. Los medios de comunicación, con el apoyo del Estado, incluyendo las autoridades, las organizaciones no gubernamentales y otras asociaciones, deberán contribuir a la difusión de los medios para prevenir las enfermedades, sus complicaciones y su rehabilitación.

C) El no hacer daño

El tercer precepto bioético se refiere a no hacer daño, o utilizando un anglicismo, a la no-maleficencia.

El no hacer daño es una de las normas médicas de tradición mas antigua e indica la necesidad que tiene todo médico de analizar con todo cuidado si los procedimientos de diagnóstico o de tratamiento que prescribe a su enfermo pueden causarle algún trastorno, y en el caso en que esto sea así, si es justificable dados los beneficios que se espera obtener.

No hacer daño no únicamente significa evitar el dolor o los trastornos secundarios a los procedimientos o medicamentos. Se puede hacer daño cuando el médico o la enfermera, con sus declaraciones, producen ansiedad innecesaria o se crea desconfianza. Se provoca un daño cuando se impide, de alguna manera, que se otorgue al paciente un mejor procedimiento diagnóstico o un mejor tratamiento. Si el Estado no ofrece los medios para la atención de la salud de los individuos, y estos se ven afectados económicamente con esa atención, se les está provocando un daño.

El proporcionar beneficios y el no hacer daño comparten la necesidad de una preparación académica de alto nivel a la que deben aspirar todo médico y el resto del personal de salud. Requieren también una integridad a toda prueba para que el bienestar del paciente esté siempre por encima de cualquier otro interés personal, y de los medios que produzcan las menores molestias al enfermo, y que lo expongan a los menores riesgos. (50)

D) La justicia

Finalmente el cuarto precepto de la bioética es la justicia. Esta puede entenderse como el conjunto de valores y atributos que se aplican a los individuos y a las instituciones en circunstancias particulares. Debemos aclarar que, si los valores se refieren a los premios o castigos que se otorgan a quien ha hecho un beneficio o un daño a la sociedad, se habla de justicia conmutativa. Mientras que estamos en el campo de la justicia distributiva cuando se trata de

las normas que deben buscarse y aplicarse para que los deberes y recursos con los que cuenta el Estado y las instituciones sean asignados de manera correcta a todos los individuos.

La bioética se interesa particularmente por la justicia distributiva, que permite la asignación de los recursos a las instituciones de salud para que estas puedan cumplir con sus metas de prevención, curación y rehabilitación, y el personal de salud cumpla con los otros paradigmas bioéticos: la beneficencia, el no hacer daño y respetar en plenitud la autonomía y la dignidad de las personas que forman un conglomerado social.

De acuerdo con el maestro Sánchez Vázquez, la moral tiene esencialmente una cualidad social. La moral, como forma de comportamiento humano, tiene un carácter social, por los motivos siguientes:

1° Cada individuo, al comportarse moralmente, se sujeta a determinados principios, valores o normas sociales, que aunque se presenten con un carácter general y abstracto, van estableciéndose de acuerdo con la relación social dominante. Es la sociedad en la que el individuo nace la que ha fijado los principios valores o normas a los que el individuo debe sujetarse en su conducta.

2° El comportamiento moral es tanto comportamiento de individuos como de grupos sociales humanos, cuyas acciones tienen un carácter colectivo.

3° Las ideas, normas y relaciones morales surgen y se desarrollan respondiendo a una necesidad social (51).

Aplicando estos conceptos a la justicia podemos afirmar que:

1° El comportamiento justo de un individuo será aquel que en condiciones específicas se sujeta a los principios o valores de justicia aceptados por la sociedad en un momento dado.

2° El comportamiento justo es el que realizan los individuos y los grupos sociales humanos, cuyas acciones tienen un carácter colectivo.

3° Las ideas, normas y relaciones de justicia surgen y se desarrollan respondiendo a una necesidad social.

No puede dejar de reconocerse, sin embargo que los agentes de los actos de justicia solo son los individuos concretos, ya sea que actúen separadamente o en grupos sociales, no obstante que sus actos, justos o injustos, tengan siempre un carácter social.

La justicia debe aplicarse a las decisiones políticas, tanto en su concepto de directrices y actividades para ejercer el poder en un Estado, como para mantenerse en el ejercicio del poder. En efecto, si bien el político en ocasiones utiliza mejor su razón y su voluntad en mantener una posición propia dentro de la estructura gubernamental, su función social lo obliga a preocuparse por el bienestar de la población creando o fomentando las condiciones más justas para ello.

Los seres humanos como personas que tienen una dignidad individual y como seres sociales que los hace depender de otros, tienen derechos y deberes, que han sido reconocidos a través de la historia y plasmados en leyes o en documentos aceptados por la mayoría de las naciones del mundo. El derecho a la protección de la salud es uno de los más relevantes.

El Estado tiene la función de asignar con justicia los recursos. Además, la comunidad, los grupos sociales y cada individuo deben cooperar para que las cargas y los beneficios se distribuyan con justicia. “Los bioeticistas dice Kuczeivskin- deben preocuparse no solo en pensar, analizar, discutir, sino en

hacer lo necesario para el beneficio de la sociedad. Poner en tela de juicio los programas, acciones, tendencias políticas y buscar la forma de ayudar a las personas que lo requieran. Los bioeticistas están siempre en la plaza pública (*public square*) El consenso de los bioeticistas debe ponerse a la consideración de todas las personas de la sociedad, y cada una de ellas debe pensar en el problema como algo que le afecta tanto a ella como a su comunidad". (52)

Las instituciones constituyen la estructura básica del Estado. Se basan en un conjunto de normas establecidas por los que participan en ellas, como resultado de un acuerdo, que ha de ser respetado. Este acuerdo será conocido y aceptado no solo por los que dirigen la institución sino por la población involucrada y afectada. Las expectativas mutuas tendrán una base común de beneficio. Con esto la institución cumplirá con la justicia. Las acciones que por motivos de conveniencia personal, de imposición política o desviación ideológica destruyan la misión para la que la institución fue creada en un acuerdo común, deben considerarse como injustas.

Estos conceptos se basan tanto en la ética comunitaria o social, como en los conceptos de los convenios o contratos que realizan entre sí los seres humanos, que en algunos casos es evidente que deben fijar las normas tanto de los funcionarios como de los que participan de las actividades de la institución. Estos deben buscar también la eficiencia y el mayor beneficio para el mayor número de personas.

Churchill piensa que la emergente preocupación de la ética por las políticas de salud, le está dando a esta ciencia una seriedad y una relevancia humana que le hacían falta. Solo la reflexión ética nos permitirá decidir si los sistemas de salud son los que realmente nos conviene y deseamos. Los enredados detalles de los problemas predominantemente pragmáticos de la

atención a la salud deben ser motivo de estudio serio y de capacitación de quienes se introducen en el campo de la bioética (53).

REFERENCIAS

- (1) Sistema Nacional de Salud: Importancia del rezago en salud. 2001. p. 39-47.
- (2) Comisión Nacional de Derechos Humanos: Grave desabasto de medicamentos en el IMSS. Letra S. La Jornada. Abril 3, 2003, p 1-12.
- (3) Rosalbo Salazar: El retraimiento de la participación del Estado en el financiamiento de los servicios de salud. La Jornada. Octubre 5 2002 p 39.
- (4) Gracia D. Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Ed El Búho. Bogotá. 1998. pp 151-177.
- (5) Badgley R F: Salud pública: Tendencias y desafíos. OPS: La crisis de la salud pública. Publicación científica 540. 1992. pp 57-74.
- (6) Guiscafré GH, Salmerón CJ: Historia natural y curso clínico de la enfermedad. En Moreno AL y cols (Eds): Epidemiología Clínica. 2ª Ed. Mc Graw.Hill. Interamericana. 1994 pp 117-130.
- (7) Menéndez EL: Sector estatal, Ciencia aplicada o ideología de lo posible. OPS: La crisis de la salud pública. Publicación científica. 540. 1992. pp 103-122.
- (8) Kumate J, Soberón G: Salud para todos ¿Utopía o realidad? Ed. El Colegio Nacional. México. 1989 p. 1-6.
- (9) Kumate J, Soberón G: Op. cit. pp 201-223.
- (10) Presidencia de la República. Cuarto informe de Gobierno. 2004.
- (11) INEGI: Información estadística del Sector Salud y Seguridad Social. Cuadernos 1 al 19.
- (12) IMSS: Informe del Director General. La Jornada. Noviembre 27, 2003.
- (13) Programa Nacional de Salud. Sector Salud. México. 2001-2003 pp 58-70.
- (14) Anexo Informe de Gobierno 2004. Secretaría de Salud. Plan Nacional de Desarrollo.
- (15) Organización Panamericana de la Salud. Informe conjunto con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) 2004. www.paho.org.
- (16) Organización Mundial de la Salud. 1999. La salud en el mundo. Índices relevantes.
- (17) Fundación Mexicana para la Salud. Informe en Programa Nacional de Salud. Op. Cit p 54-5.
- (18) Diario oficial.- 20 de agosto 1996: Acuerdo Nacional. Descentralización de los Servicios de Salud. S.S.A.
- (19) Informe Presidencial. Anexo 2004. p.96.
- (20) Op. cit. 2004. p.51.
- (21) Diario oficial.- 15 de mayo 2003: Decreto que reforma y adiciona la Ley General de Salud.
- (22) Op. cit. 2004. p.88.

- (23) Beauchamp TL y Childress J: Principles of biomedical ethics. 3ª Ed. Oxford University Press. Nueva York. Oxford. 1989; pp 256-306.
- (24) Daniels N: Justice health, and health care. En Rhodes R y cols (Eds): Medicine and social justice. Oxford University Press. Oxford. New York. 2002 pp 6-23.
- (25) Memorias del Cuarto Congreso Internacional de Bioética. Brasilia. 2002.
- (26) Danis M, Clancy C, Churchill LR: Ethical dimensions in health policy. Ed Oxford University Press. Oxford. New York. 2002.
- (27) Rhodes R, Battin MP, Silvers A: Medicine and social justice. Oxford University Press. Oxford University Press. Oxford. New York. 2002.
- (28) Enciclopedia Espasa-Calpe. Tomo 13, 8ª Ed. Madrid, 1979 p.241
- (29) Laín Entralgo: Historia universal de la medicina. Ed. Salvat. Tomo 6. 1974 pp 125-30, 378-80.
- (30) Gracia D: Bioética clínica. Ed. El Búho LTDA. Bogotá, 1998 pp 146-7.
- (31) Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Boletín ANMB, México. 2004. 2: pp 37-40.
- (32) Asamblea Médica Mundial. Código Internacional de Etica Médica. Ginebra. OMS. 1949.
- (33) Potter VR: Bioethics: the science of survival. Perspective in Biology and Medicine. 1970. 14: 127-153.
- (34) Potter VR: Bioethics: bridge to the future. Ed. Englewood Cliffs. Prentice Hall. 1971.
- (35) Port Stephen G. Editor. Encyclopedia of Bioethics. 3er Edition. 5 tomos. Thomson Gale. Oxford. New York. 2004.
- (36) Singer P: Liberación animal. Una ética nueva para nuestro trato con los animales. Ed. Privada, 1975. pp 19-422.
- (37) Macer DRJ: Bioethics for the people by the people. Ed. Eubias. Ethics Institute. Ibarak, Japón, 1993 pp 1.-36.
- (38) Voladeras CM: Bioética. Ed. Síntesis. Madrid. 1999 pp 7-15.
- (39) García RH: Bioética y gastroenterología. Rev. Gastroenterol Mex 1996. 61: 276-280.
- (40) Beauchamp TL y Childress J: Principles of biomedical ethics. 3ª Ed. Oxford University Press. Nueva York, Oxford 1989. p 301-21.
- (41) Veatch R M: The fundamentals of bioethics. Ed: Memorias del Primer congreso internacional de bioética. Ciudad de México, 1994. pp 153-164.
- (42) Emanuel E J: The relevance of empirical research for bioethics. OMS/OPS Publication Series: 2002. p 99.

- (43) Atienza M: Bioética y derecho. Rodolfo Vázquez, compilador. Fondo de Cultura Económica. 1999, p 64-5.
- (44) Beauchamp TL y Childress J: op. cit. P 21.
- (45) Callahan D: La inevitable tensión entre la igualdad, la calidad y los derechos de los pacientes. En Lolas S. F (Ed): Bioética y cuidados de la Salud. OMS. Serie publicaciones. 2000 pp 91-200.
- (46) Mainetti; JA: Calidad de la atención y los derechos del paciente: entre la evidencia y la autonomía. En Lolas SF (Ed): Bioética y cuidados de la salud. OMS. Serie publicaciones 2000.
- (47) Gracia D: Fundamentación y enseñanza de la bioética. Ed. El Búho. Bogotá. Colombia. 1998. pp 91-100.
- (48) Kant I: The fundamental principles of metaphysic of ethics. Ed. Appleton-Century Crofts. Inc. Nueva York. 1966. p 59.
- (49) Drane JF: Métodos de ética clínica. Boletín de la Of. Sanitaria Panamericana Washington, 1990. pp 415-25.
- (50) Piwonka M, Bustos I, Gaete I y Urrutia B: Saber bien para hacer bien. Bol de la oficina Sanitaria Panamericana. Ed. OPS. Washington, 199, pp 426-30.
- (51) Sánchez-Vázquez A: Etica Ed. Grijalva. 42ª Ed. 2002. pp 58-65.
- (52) Kuczewski M: Two models of ethical consensus, or what good is a brunch of bioethicists. Cambridge, Health Care. Ethics. 2002; 11: 27-36.
- (53) Churchill LR: What Ethics can contribute to health policy. En Ethical dimensions of Health policy. Ed. Oxford University Press. 2002 p. 63.

CAPITULO SEGUNDO

EN TORNO A LAS TEORIAS DE LA JUSTICIA Y LA SALUD

Introducción

Durante el siglo XX, el tema de la justicia fue estudiado con particular interés por juristas y filósofos. El problema de la justa asignación de los recursos, se convirtió en un tema de gran relevancia.

Se revisarán en este capítulo las ideas de Kelsen, que solo acepta como justo lo que las legislaturas de los países han aprobado; las de Nozick, que son el sostén teórico de los gobiernos neoliberales; los criterios de la justicia de Rawls y de Amartya Sen, que se basan en la imparcialidad en la distribución de los bienes y del desarrollo de las capacidades respectivamente. Se presentarán algunos conceptos de Sandel y Waltzer que tratan también sobre la justicia.

A continuación se tratará sobre el derecho a la salud, como un derecho humano y se retomarán los conceptos de Rawls en las ideas de Norman Daniels, que ha estudiado la justicia en la atención a la salud, y subraya la necesidad de que los seres que conforman una sociedad tengan similares oportunidades, lo que no puede lograrse si no existe una justa atención a la salud para todos ellos. Se mencionarán los criterios sobre la justicia en la asignación de los recursos para la salud de Blustein. Se describirá el criterio de Berlinguer, quien considera que la salud global es un imperativo para el desarrollo del género humano, así como el de otros autores que, como él, opinan que la comunidad internacional debiera proveer los medios para la atención a la salud en los países poco desarrollados.

De cada uno de los autores mencionados se señalarán algunos de los aspectos que se han considerado relevantes para el enfoque bioético de la justicia, en particular de la justicia distributiva. Además se expondrá, en su caso, la opinión del autor de esta tesis cuando considere que las ideas expuestas contradicen su criterio personal e intentará dar fuerza a su posición.

I Teorías de la justicia

A) La justicia según Hans Kelsen.

Abogado y teórico político austriaco, esta considerado como uno de los mas grandes juristas del siglo XX. En su libro "*¿Qué es la justicia?*" analiza las diferentes definiciones que se han ido formulando desde los griegos hasta nuestros días. Concluye que todas las doctrinas que pretenden establecer lo que es justo mediante principios universales terminan siendo tautologías es decir, que los argumentos que los sostienen no son sino presentaciones diferentes de la misma teoría, o bien formulas vacías en las que un concepto (qué es el bien, qué es un valor, qué es lo justo) se responde con otro concepto igualmente difícil de definir. (54)

Su respuesta al problema de la justicia es un relativismo axiológico, en el que solo cabe la ley positiva, la establecida por las diversas sociedades, que permiten el orden jurídico, bajo cuya protección pueden los seres humanos prosperar en la búsqueda de la verdad.

Su critica al instrumentalismo (el derecho natural) se basa en que esta corriente intenta derivar el derecho y la justicia de las leyes naturales, incluyendo la naturaleza del ser humano. La naturaleza, dice Kelsen, en tanto sistema de hechos vinculados entre sí por el principio de causalidad, no tiene voluntad alguna, y por lo tanto no puede prescribir ninguna conducta humana determinada.

La afirmación que el hombre debe conducirse de una determinada manera porque su razón natural así lo indica, es insostenible, dado que cada hombre encontrará en “su razón” la explicación de su conducta, cualquiera que esta sea (54) (55).

Según Kelsen, si hay algo que la historia del conocimiento humano puede enseñarnos, es la inutilidad de los intentos de encontrar por medios racionales una norma de conducta que tenga validez absoluta, es decir una norma que excluya la posibilidad de considerar como justa la conducta opuesta. Solamente las leyes admitidas por una sociedad establecen las normas que deben guiar nuestra conducta.

La teoría de Kelsen da fuerza a los fundamentos jurídicos. Sin embargo no puede dejar de percibirse que las leyes son, en muchas ocasiones, perfectibles y llenas de vacíos. Con frecuencia son consecuencia del criterio político de gobernantes y legisladores, y se alejan del consenso social. El relativismo a ultranza del criterio de Kelsen hace muy difícil aceptar su posición como fundamento filosófico para intentar definir lo que con tanto ahinco han buscado las sociedades en el curso de los tiempos: los principios que rigen la justicia. No se trata de restarle importancia a la formulación de leyes de los grupos legislativos, pero no cabe duda que los reclamos sociales y éticos rebasan a menudo las leyes ya establecidas o por establecerse de acuerdo con una determinada política gubernamental. Las leyes han sido en ocasiones absurdas inhumanas e inmorales. Pensemos en la esclavitud y el nazismo, apoyados por legislaturas formalmente impecables.

B) La justicia para Nozick, Engelhard y Baumrin.

Pocos autores han tenido una influencia tan grande entre los teóricos de la

justicia distributiva como Robert Nozick, campeón del neoliberalismo. En su obra principal *Anarquía, estado y utopía*, sostiene la tesis de que el Estado, como está concebido actualmente viola los derechos individuales. (56)

Estos derechos son tan firmes y de tan largo alcance que son suficientes para que los individuos de la sociedad se gobiernen solos. El “Estado mínimo o ultramínimo” debe estar limitado a las estrechas funciones de protección contra la violencia, el robo y el fraude, el cumplimiento de contratos y otras acciones similares. 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. La solidaridad impuesta por un sistema que pretende que nos desprendamos de nuestros bienes para favorecer a otros, lesiona nuestros derechos y es por tanto inmoral. El mismo Nozick afirma que su estudio sobre la justicia distributiva lo ha llevado a conclusiones que a algunos pueden parecerles alarmantes o cuando menos sorprendentes (57).

Para Nozick, la titularidad de la pertenencia de un objeto o de una situación bonancible para una persona, debe discutirse con base en tres aspectos: La adquisición original de las pertenencias incluye en primer término, el apoderarse de un objeto que no es poseído por alguien más. El segundo aspecto se refiere a la transferencia de pertenencias de una persona a otra, intercambio voluntario, regalos, herencias, compra-venta. El tercer principio es el de la rectificación de las injusticias que requiere la información sobre las situaciones previas y las injusticias cometidas en ellas y el curso actual provocado por esas injusticias. Es posible que para rectificar estas injusticias se requiera de un Estado mayor que el mínimo que temporalmente se encargue de corregirlas (58).

Nozick ha propuesto, como una nueva utopía, un Estado mínimo en que los derechos individuales son respetados, sobre todo los que se refieren a la

adquisición de bienes y propiedades. Corresponde a los individuos particulares en cada comunidad, según su propia voluntad, resolver los problemas que les atañen. La solución económica en las comunidades es el mercado libre, única institución que no viola la libertad que es un derecho de los hombres. La pobreza de ciertos grupos de población es lamentable, pero no es injusta. Nozick propone la filantropía de los grupos poderosos para aliviar las cargas económicas de los pobres lo que pudiera estimularse mediante fuertes estímulos fiscales (59).

Coincidiendo con las ideas de Nozick, Engelhardt, en el campo de la salud, opina que “el mercado libre es el único medio justo para dar atención a una sociedad pluralista y heterogénea. ya que los cuidados de salud en un mercado libre requieren únicamente el consentimiento de cada participante”(60).

Las tesis de Nozick y de Engelhardt se enfrentan al problema de que los pobres, que son muchos en cada país, no tienen capacidad para entrar en este mercado libre, y quedan excluidos de la distribución de bienes, de oportunidades, y de los derechos para vivir una vida digna y saludable, excepto mediante la ayuda filantrópica que estos autores encuentran como la solución racional.

La filantropía en algunos campos, como en las artes ha producido excelentes frutos. Sin embargo en la atención a la salud sus resultados son mínimos por varias razones:

-Los costos de la atención médica y de las medidas preventivas son muy altos y la colaboración altruista, que ya se da en múltiples países desde hace muchos siglos, ha resuelto mínimamente los problemas de salud de la inmensa población necesitada.

-La filantropía es opcional, y quienes la ejercen pueden elegir el campo en el que desean colaborar. De esto resulta que algunas necesidades de salud que son

cuestionadas en cuanto a su causa por algunos grupos de personas, como el alcoholismo o el SIDA, puedan quedar excluidas de los beneficios de la ayuda filantrópica.

La libertad que defiende Nozick es la de vender y comprar sin intervención estatal. Sin embargo la libre empresa y la economía del mercado descansan sobre la propiedad privada y uno puede vender o comprar únicamente lo que a uno le pertenece, que puede ser muy poco. La propiedad privada distribuye la libertad, pero también distribuye la carencia de ella. El capitalismo libertario (neoliberalismo) sacrifica la libertad de todos los seres humanos en aras de un sistema que pone los medios de producción y las riquezas en unas cuantas manos, a costa de los demás. Dice Cohen: “Pensar que el capitalismo es el reino de la libertad es sobrestimar una sola parte de su naturaleza” (61).

Una declaración reciente del doctor Adolfo Sánchez Vázquez señala que “Hoy mas que nunca es necesaria una alternativa al capitalismo; puesto que no solo significa un peligro para la clase oprimida y explotada, sino que con su desarrollo económico y el desarrollo tecnológico al servicio del lucro, pone también en peligro la supervivencia de la humanidad. El capitalismo desempeña ...un papel protagónico... como un sistema de explotación y opresión cada vez mas deshumanizante” (62).

Para Baumrin el derecho a la atención a la salud tiene solo bases retóricas. Es una “creencia” sin mayores fundamentos. Aún las bases legales que existen en algunos países, estos carecen de sustento económico para cumplirlas. Las declaraciones de las Naciones Unidas y las de las Organizaciones Mundiales o Regionales de la Salud no tienen bases ya que esas instituciones no proveen a los países de los elementos financieros para cubrir las necesidades de salud de los individuos (63).

Baumrin no acierta en sus argumentos. Las leyes o los convenios internacionales señalan políticas, directrices y pautas que los gobiernos y las sociedades han convenido cumplir así sea poco a poco, cuando existe deficiencia de medios. Además las normas fijan que se incurre en falta cuando se realizan acciones contrarias a lo que se establece. Sin embargo, su tesis es útil al hacer un llamado de atención sobre la necesidad de los soportes políticos, sociales y financieros para cumplir con leyes tan generales como la que señala el derecho de todos a la atención de la salud.

C) La justicia según Rawls

John Rawls (1921-2002) en su libro *“Teoría de la Justicia”* expone una serie de argumentos muy congruentes y bien estructurados, que han sido la base de los conceptos de lo que es justo durante el final del siglo XX y principios de este nuevo siglo. Dice al respecto Nozick (1988): “Ahora los filósofos políticos tienen que trabajar según la teoría de Rawls, o bien explicar por qué no lo hacen. Incluso lo que aún no están convencidos, después de luchar con la visión sistemática de Rawls, aprenderán mucho de su estudio cuidadoso” (64).

Según Rawls, el objeto primario de la justicia es la estructura básica de la sociedad, que se deriva del papel que tiene la justicia en la cooperación social. El atributo mas importante en el ejercicio de la justicia es la imparcialidad (65).

La teoría de la justicia como imparcialidad eleva el nivel de abstracción de la concepción tradicional del contrato social. Se sustenta en principios que serían aceptados por todas las personas libres e iguales que conforman una sociedad. El contrato en esta sociedad consiste en aceptar ciertos principios, no en ingresar a una sociedad dada o adoptar una forma dada de gobierno. El mérito del término “contrato” es que transmite la idea de que se pueden concebir los principios de

justicia como principios que serían escogidos por personas racionales y libres.

En la elección de los principios nadie está colocado en una posición ventajosa o desventajosa, que le permita velar por sus propios intereses sin preocuparse por los de los demás. En la posición original de una sociedad en la que impera la justicia como imparcialidad, se da por supuesta la capacidad de todos de un sentido de la justicia, pero presupone el desconocimiento del lugar que ocupan los miembros de la sociedad, sus ideas, su religión, su estado socioeconómico, su inteligencia, su raza, edad, sexo, color de piel. Este desconocimiento hipotético se aplica a las condiciones de uno mismo. De esta manera, los principios fundamentales serían elegidos por todos los miembros en esta posición inicial, en la que todos desconocemos las condiciones de las personas que conforman la sociedad. Los principios estarían destinados a promover:

- La menor desigualdad en la repartición de derechos y deberes básicos.
- Los beneficios compensadores a los miembros de la sociedad en los que repercutan las desigualdades sociales y económicas, sobre todo a los menos aventajados.

La situación hipotética en la que todos los miembros de la sociedad ignoran los factores sociales, económicos y naturales de todos los individuos que conforman el grupo en el que viven. Rawls le ha llamado *el velo de la ignorancia*. Esta situación nos permite anular los efectos específicos que ponen a los hombres en condiciones de desigualdad, y en tentación de explotar las circunstancias naturales y sociales en su propio provecho. Las partes que tienen que tomar una decisión se supone que no conocen ciertos hechos determinados de ellos mismos y de todos aquellos que pueden salir afectados por esa decisión.

Desconocen sus propias condiciones y las de las personas que los rodean. Ignoran el sexo, la edad, sus características raciales y psicológicas, su capacidad, su inteligencia, su cultura, sus avances tecnológicos, las motivaciones de la generación a la que pertenecen. Sin embargo tienen una idea clara de que no pueden actuar aleatoria ni arbitrariamente. En esas condiciones de restricción del conocimiento, su elección de los principios de su actuación con relación a la distribución de los bienes, derechos y deberes de cada uno de los miembros del grupo social se apegaría a la justicia. Si nadie conoce su situación en la sociedad, ni sus dotes naturales, nadie está en posición de diseñar principios que le sean ventajosos (66).

La justicia es la primera virtud de las instituciones sociales. Cada persona posee una inviolabilidad basada en la justicia, que ni siquiera el bienestar de la sociedad en conjunto puede atropellar. Las instituciones sociales más importantes son la constitución política, las leyes y normas que establecen las disposiciones económicas y sociales, y los sistemas y organizaciones que se encargan de aplicarlas. La justicia social se cumple cuando estas grandes instituciones sociales distribuyen adecuadamente los derechos y deberes fundamentales, y determinan la división de las ventajas provenientes de la cooperación social.

Una institución puede pensarse de dos maneras: como un objeto abstracto, una posible forma de conducta expresada, mediante un sistema de reglas; y segundo, como la realización u objetivación de las acciones expresadas por estas reglas. La institución exige el conocimiento por sus miembros, de las reglas que la constituyen, y tienen además un carácter público, lo que para Rawls significa que deberán ser establecidas idealmente por todos los miembros de la sociedad, guiados por sus intereses predominantes, de tal manera, que promuevan fines socialmente deseables.

En una sociedad libre y racional los miembros aceptarían, en la posición original, dos principios fundamentales:

Primero: cada persona tiene derecho a un grupo de libertades, compatibles con las libertades de los demás.

Segundo: las desigualdades sociales y económicas se justifican si son ventajosas para todos, en particular para los más necesitados, y si los cargos de los que se derivan estas desigualdades son asequibles para todos.

Las libertades a las que se refiere el primer principio son: la libertad política (derecho a votar y a ser elegible para un cargo público), la libertad de expresión y de reunión; la libertad de conciencia y de pensamiento, la libertad frente a la opresión, el arresto y detención arbitrarios. Estas libertades deben ser iguales para todos. No incluyen, para Rawls, la libertad de poseer medios de producción, ni la libertad contractual como es entendida por la doctrina del *laissez-faire*. En cambio incluye la igualdad de oportunidades para todos, haciendo a un lado cualquier discriminación.

El segundo principio señala que las desigualdades sociales y económicas, por ejemplo, de riqueza y de autoridad, solo son justas si benefician a todos los individuos, en particular a los más menesterosos. Este concepto toma en cuenta los bienes primarios de una sociedad. En la estructura básica de la sociedad, se distribuyen ciertos bienes primarios, esto es, elementos que se presume que todo ser racional desea, y que prefiere tener más que menos, tales como ciertas libertades, oportunidades, ingresos, riquezas, así como el bien primario del respeto a uno mismo (67). Otros bienes primarios como la salud, el vigor, la inteligencia y la imaginación, son bienes naturales; su posición puede ser influida

y modificada en forma sustancial por la estructura básica, pero su control solo es parcial y limitado.

En relación con las desigualdades en la distribución de estos bienes primarios, se dan naturalmente en cualquier sociedad. Pueden admitirse como justas estas desigualdades si su presencia se manifiesta en ventajas para los demás miembros de la sociedad.

La injusticia consistirá entonces simplemente en las desigualdades que no benefician a todos. La concepción de la justicia no impone restricciones respecto al tipo de desigualdades que son permisibles, únicamente exige que se mejore la posición de cada uno de los miembros del grupo social.

La justicia se basa en una libertad igual y en igualdad de oportunidades. La administración adecuada de la justicia se basa también en el *principio de la diferencia*, según el cual las expectativas mas elevadas de quienes están mejor situados son justas si y solo si funcionan como parte de un esquema que mejora las expectativas de los miembros menos favorecidos de la sociedad (68).

Aún cuando se eliminasen las injusticias sociales que existen ahora, una persona que empieza su vida adulta como miembro de la clase empresarial o en los mandos gubernamentales, tendrá mejores perspectivas que quien empieza en la clase de obreros no calificados. Según el principio de la diferencia, las expectativas de los mas favorecidos son justas si con ellas se benefician los mas infortunados, si las mayores perspectivas de los mas aventajados aumentan las expectativas de quienes están en las posiciones mas bajas.

En la justicia como imparcialidad, la sociedad es interpretada como una empresa cooperativa para beneficio mutuo.

No se concibe como justa una sociedad o una empresa en la que la diferencia de bienes primarios que reciben los ricos y los pobres es cada vez mayor. Por el contrario, la justicia debe lograr que estas diferencias disminuyan.

Los bienes sociales que cada quien recibe al nacer son la consecuencia de múltiples factores de todo tipo. La distribución natural no es ni justa ni injusta. Lo que puede ser justo o injusto es el modo en el que las instituciones actúan frente a estos hechos. Las sociedades elitistas son injustas porque hacen de estas contingencias, el fundamento para pertenecer a clases sociales privilegiadas. Estas sociedades incorporan a su estructura la arbitrariedad de la naturaleza, y las convierte en sociedades injustas. El sistema social no es un orden inmodificable colocado mas allá del control de los hombres, sino el resultado de acciones humanas. En la justicia como imparcialidad, los seres humanos aceptan los accidentes de la naturaleza y las circunstancias sociales, cuando mediante ellas se logra un beneficio para todos. Respecto a los factores que no cumplen con estos propósitos, la sociedad debe aplicar los medios para modificarlos y sustituirlos. Rawls apenas toca tangencialmente la salud dentro de su criterio de justicia. De hecho su teoría de la justicia como imparcialidad, se basa en una sociedad ideal de gente igual, libre y *sana* como hace notar Norman Daniels (69).

D) La justicia para Amartya Sen.

Economista y filósofo hindú, Amartya Sen ha sido profesor en Harvard y es actualmente director del Trinity College en Cambridge. Al recibir el Premio Nobel de la Economía en 1998, la Real Academia Sueca dijo de él “Amartya Sen ha realizado numerosas y notables contribuciones a la ciencia económica y ha abierto nuevos campos de estudio para las generaciones venideras de investigadores. Al combinar las herramientas económicas con las filosóficas ha restaurado la dimensión ética del debate sobre los problemas económicos mas

vitales”.

Una de sus principales aportaciones ha sido el señalar mediante pruebas empíricas, que los cambios macroeconómicos que procura el estado, las mas de las veces no repercuten en el bienestar de las familias; que no solo el rápido crecimiento económico permite el desarrollo integral de un país, entendiendo por este el bienestar de la mayoría de sus habitantes, sino que este puede lograrse mediante políticas de hábil apoyo social a la asistencia sanitaria, la educación y otras instituciones sociales relevantes, sin que necesariamente aumente el producto interno bruto de ese país (70).

Contrario a la opinión de Rawls, los bienes primarios que los hombres reciben no necesariamente los benefician. El estado debe poner mas atención a las necesidades básicas que pueden ser distintas en diferentes regiones de una nación, y que lo son sin duda para los diferentes hombres (71).

Mas que en la distribución de los bienes, la sociedad debe procurar estimular al máximo el funcionamiento y las capacidades de las personas, o sea las cualidades humanas que le hayan permitido logros presentes, y las que le permitan elegir con libertad entre diversas formas de vida alternativas en el resto de su vida.

De los trabajos del maestro hindú, la doctora Dieterlen ha señalado las capacidades básicas que son entre otras: (72)

- 1.- La capacidad de vivir hasta el final de una vida humana tanto como sea posible.
- 2.- La capacidad de tener una buena salud, de estar alimentado adecuadamente; de tener un techo conveniente; de tener oportunidades para la satisfacción sexual; de ser capaces de movernos de un lado a otro.

- 3.- La capacidad de evitar dolores innecesarios, y de tener experiencias placenteras.
- 4.- La capacidad de elegir nuestro plan de vida.
- 5.- La capacidad para tener una concepción del bien.
- 6.- La capacidad de vivir por y para otros. Demostrar preocupación por los demás.
- 7.- La capacidad de vivir una vida humana rica y plena, hasta el límite permitido por las posibilidades naturales.

Amartya Sen enriquece las ideas de Rawls, al señalar que la sociedad debe ofrecer a sus miembros la posibilidad de aumentar sus capacidades, y no solo otorgarle los bienes que pueden hacerle falta. Además, como economista, llama la atención sobre las acciones pragmáticas que los individuos como personas independientes y el Estado deben realizar para el beneficio de toda la comunidad, en particular en los países en los que la población tiene ingresos bajos.

E) Fortalecimiento de las doctrinas comunitarias antiindividualistas

El rechazo de las ideas individualistas como base de la justicia, se ha manifestado en todos los países, incluyendo los países en desarrollo que se han percatado que el liberalismo llevado a sus últimas consecuencias solamente aumenta la brecha entre pobres y ricos, y en las áreas sociales disminuye la protección de los marginados. La solidaridad por la que el mas tiene apoya al mas necesitado, desaparece, y la equidad se transforma en un concepto abstracto sin aplicación real.

Son actualmente numerosos los pensadores anglosajones y filósofos de países desarrollados que, con un criterio de justicia equitativa, abogan por la

necesidad de disminuir la falta de apoyo a los necesitados. Dentro de estos, analizaremos las ideas de dos importantes pensadores:

Por su parte, **Michael Sandel**, teórico político estadounidense, es actualmente profesor de la Universidad de Harvard, especializado en los conceptos del yo y de la comunidad. El sostiene la tesis que el liberalismo se apoya en la idea errónea que las gentes pueden definir y elegir sus fines y su conducta sin relación alguna con los lazos comunales; Sandel afirma, por el contrario que la identidad de los individuos tienen cierta dependencia con sus obligaciones hacia la comunidad, que son constitutivas de toda persona humana.

La comunidad que nos rodea, que comprende a las personas que nos agradan, por las que sentimos afecto, a quienes les deseamos el bien, nos compromete de diversas maneras a procurar sus fines. Como habitantes de un mundo en el que no buscamos en nuestras acciones hacia los demás las consecuencias de un bien propio, ni hacer el bien basados en normas establecidas, somos libres de construir principios de justicia. Estos principios no están restringidos por un orden de valores dado anteriormente, sino que nacen de la reflexión del yo con todos los lazos constitutivos que tiene con la comunidad.

Para que una sociedad constituya una comunidad, la comunidad debe ser consecuencia de la autocomprensión compartida de los participantes, y estar incorporada en sus acuerdos institucionales, y no ser simplemente un atributo de los planes de vida de ciertos participantes.

La política que establece los términos en los que se ejerce la justicia, debe intentar conocer a los miembros de la sociedad y sus fines, lo que no solo es difícil, sino es a su vez, su mas inspiradora posibilidad para asignar con justicia, los recursos. Para Sandel, con o sin méritos tenemos derecho a que las

instituciones cumplan las expectativas a las que dan lugar (73).

Ahora bien, **Michael Waltzer** en su libro "*Las esferas de la justicia*" hace una defensa del pluralismo y de la igualdad.

La justicia consiste en que ningún bien social puede servir como medio de dominación. La política igualitaria debe estar enfocada a que no exista la posibilidad de que el rico explote al pobre, de que le imponga su pobreza, de que determine su comportamiento sumiso (74). El igualitarismo no es tanto un conjunto de hechos para buscar que los hombres sean iguales y posean los mismos bienes, lo que no puede lograrse, sino el intento por escapar de las condiciones que generan las diferencias que impiden obtener los bienes fundamentales. La cuna, la sangre, la riqueza heredada, el capital, la educación, el poder estatal o religioso han servido para que unos dominasen a otros.

La concepción pluralista de los bienes sociales es importante por que la justicia en la distribución de estos bienes puede y debe darse en cada uno de ellos. Estas distribuciones deben ser autónomas. Todos bien social o conjunto de bienes sociales constituye una esfera dentro de la cual solo ciertos criterios y disposiciones de su distribución son apropiados. El dinero es inapropiado en la esfera de las investiduras eclesiásticas. Es la intromisión de una esfera a otra (75). Lo mismo ocurre con la atención a la salud de acuerdo con el rango social, la educación conforme a la etnia de los individuos, los cargos en relación con los parentescos. Todas estas ingerencias entre una esfera y otra solo producen injusticias. Otros campos que con frecuencia interfieren en los otros son el poder político, los monopolios, los reconocimientos sociales o la falta de ellos, las pertenencias.

Waltzer trata el problema de la atención médica (76). La salud es una esfera que merece toda la atención del Estado. La prevención, la curación y la rehabilitación deben estar al alcance de todos los ciudadanos. Los seguros privados que dependen del status económico de los individuos solo pueden ser útiles para quienes poseen altos ingresos. La solución al problema de la salud invita a la intervención de una planificación y administración muy cuidadosa. La lucha debe ser paralela entre la superación de la pobreza y la de toda clase de necesidad extrema.

II Teorías de la justicia en la atención a la salud

A) Según Daniels.

Para Daniels la salud debe ser atendida por instituciones, las que pueden clasificarse en cuatro grupos.

1. Instituciones que ofrecen medidas preventivas para la salud de la población, como un primer tamiz que permite a todas las personas de un grupo social mantenerse sanas, condición ideal de normalidad.
2. Instituciones que prestan servicios de atención médica a enfermos o personas que requieren ser rehabilitadas, para regresarlos a la situación ideal en la medida de lo posible.
3. Instituciones que prestan servicio médico y apoyo social a quienes padecen una enfermedad crónica moderada, a los ancianos frágiles, y a los que están parcialmente incapacitados.
4. Instituciones para la atención de los que no es posible acercarlos ya a las condiciones ideales de normalidad, y que requieren cuidados muy

especializados: pacientes terminales o con severos trastornos mentales o incapacitantes (77).

Las decisiones de los prestadores de servicios de salud a nivel “micro” son problemas cotidianos que deben tomar en cuenta varios factores que preocupan a los bioeticistas, como la autonomía, el consentimiento informado, la confidencialidad. Menos dramáticos aunque mas preocupantes resultan los problemas sociales, las “macrodecisiones” que tienen un impacto sobre la salud de los miembros de una población. Estas “macrodecisiones” para Daniels, determinan: qué clase de servicios de salud deben existir en un grupo social, quién debe recibirlos, quién debe proporcionarlos, cómo debe distribuirse la carga financiera que implican, y cómo debe distribuirse la dirección y el control de los servicios.

Según Daniels un criterio para juzgar qué tan justa es una situación social es considerar las bases legislativas o judiciales de esa sociedad; sin embargo estos antecedentes pueden no ser suficientes. Existen principios de justicia que pueden aplicarse mas directamente que las normas políticas o parlamentarias.

Por otra parte hay quien sostiene, no sin razón, que si alguien recibe protección de la salud y no logra sanar, existe de cualquier manera algo injusto en su situación, de ahí que el derecho debe de ser “a la salud” y no solo a su protección (78).

Dentro de las teorías de la justicia que pueden tener relación con la salud, Daniels menciona y critica la teoría libertaria en la que se basa el neo-liberalismo. Señala que una posición en esta teoría sostiene que el Estado no debe obligar a nadie a cuidar de la salud de los empleados y trabajadores de una empresa pública o privada, ya que el tipo de trabajo que uno tiene con todos sus riesgos es

escogido libremente por la gente, y es el resultado de ejercer un derecho. Esto puede ser que ocurra en un estado de bonanza. En el mundo actual las limitaciones de los empleos obligan a los trabajadores a laborar en donde tienen oportunidad. Su libertad laboral está muy restringida.

Para Daniels el problema de la distribución de recursos para la salud no debe limitarse a la asignación justa de los bienes económicos; se requiere además que estos cubran, las necesidades de salud de la población. Debe definirse un criterio objetivo para que exista equidad. Esto no puede basarse en los deseos de las personas, que pueden ser muy diversos, y en algunos casos extravagantes. A cada quien se les debe proporcionar los bienes necesarios para que los miembros de la especie humana, cada uno en particular, pueda desempeñar adecuadamente sus funciones de acuerdo con sus conocimientos y destrezas. El “*funcionamiento normal*” es algo que se debe buscar. En ocasiones existen disfunciones y discapacidades que no pueden evitarse, y necesitamos ajustar nuestras metas de acuerdo con ellas, para lograr satisfacción en nuestras vidas.

El cubrir las necesidades de salud de todos, si bien no logra su felicidad, si debe en cambio tener la tendencia a promoverla. Los cuidados de salud reducen el dolor y el sufrimiento, pero hacen mas que eso. Es uno de los factores que nos permiten alcanzar la felicidad, definida como el estado de satisfacción que se obtiene al haber alcanzado nuestras metas. Esto solo se logra si cada ser humano posee *un rango suficientemente grande de oportunidades* (79).

El concepto de salud que maneja Daniels difiere del promulgado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la que señala que “La salud es un estado de bienestar integral, físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o incapacidad” (80). El bienestar ideal (utópico) y la ausencia de enfermedad en la definición de la OMS, pone demasiado énfasis en los cuidados

de los padecimientos agudos. Este modelo biomédico, según Daniels, es insuficiente.

Los padecimientos crónicos, físicos o mentales producen el inadecuado funcionamiento del ser humano que limita considerablemente las oportunidades de cambiar sus expectativas. Esto es lo que hace que un sistema de salud justo comprenda otros aspectos, además de la atención de los padecimientos agudos.

Las necesidades para cuidar de la salud deben comprender todos aquellos elementos para mantener, restaurar o cuando es posible, sustituir o compensar lo que le hace falta al ser humano para funcionar adecuadamente.

El derecho a la salud incluirá algunas acciones que aparentemente no protegen ni ofrecen cuidados de salud, pero que tienen relación con ella: La protección del medio ambiente, la construcción de caminos y el ofrecimiento de transportes para acceder a los centros de salud, la promoción y el estímulo de hábitos que inciden en la salud, etc.

Las oportunidades pueden ser diferentes para todos los hombres de acuerdo con su talento, sus conocimientos, sus destrezas, su carácter, su personalidad. La sociedad para su propio beneficio y el de cada uno de sus miembros, tiene el deber de ensanchar el rango de oportunidades de las personas que la conforman, a través de la educación, programas de entrenamiento en el trabajo, programas sociales que la beneficien y aumenten su funcionalidad. Uno de los más importantes es desde luego, la atención integral de la salud.

La buena salud es indispensable para que una persona mantenga la oportunidad de progresar social y económicamente. De ahí la importancia de los cuidados universales de la salud, como un acto prioritario.

Existe divergencia en los conceptos morales sobre la naturaleza de los cuidados de salud como un bien social. La distribución justa de los bienes sociales no está claramente consensada. De acuerdo con Daniels, siguiendo los criterios de Rawls, la equidad puede definirse como el acceso justo de los bienes, distribuidos con imparcialidad. Las desigualdades en los ingresos económicos de cada persona pueden deberse a que todas ellas trabajan con más o menos intensidad, o tienen destrezas diferentes, o porque necesitan mayor cantidad de dinero. Las oportunidades pueden ser también diferentes: El que llega a la edad adulta e inicia sus labores en un medio en donde prevalece la opulencia o el poder, tendrá mayores oportunidades el resto de su vida, que quien principia a trabajar en un ambiente de carencias y pobreza. De ahí que los ingresos no pueden ser el criterio que establezca el justo acceso a los servicios de salud.

El acceso equitativo a estos servicios se basa en los siguientes factores:

- 1.- Estructurales: número de médicos, de consultorios, de quirófanos, de hospitales, medios de comunicación a las unidades.
- 2.- Personales: edad, estado de salud, antecedentes culturales, capacidades.
- 3.- Calidad de la atención en las unidades de salud: satisfacción de los usuarios, efectividad de diagnósticos y tratamientos, que determinan la utilización real de los servicios.

Los servicios de salud que se enfrentan a las necesidades de la población, o cuando menos las necesidades importantes juzgadas por su impacto en el rango normal de oportunidades de cada quien, son los servicios justos. Los que se alejan de estos preceptos son injustos.

En un trabajo reciente, Daniels expone la preocupación que deben tener las instituciones por la justicia distributiva en relación con la salud. Este tema ha sido

muy poco abordado por la bioética, probablemente porque el principal desarrollo de esta nueva ciencia se ha dado en los países ricos y se ha enfocado sobre todo a los problemas tecnológicos avanzados. Las personas interesadas en bioética se preocupan más por la atención médica en sí, que en estudiar los factores que intervienen en la salud pública y en los determinantes de la salud de una población (81).

El derecho a la protección de la salud debe convertirse en el control de los factores que intervienen en la salud de la población y que la sociedad puede modificar. La bioética debe interesarse en la filosofía política y en las ciencias sociales, para clarificar el concepto de “derecho a la protección de la salud”, en áreas específicas como la investigación internacional, la política de endeudamiento y su impacto en la salud, la “erosión de los sistemas públicos de salud en muchos países como resultado de la privatización” (82) y la relación entre las políticas de desarrollo y los resultados de la salud. Esto es particularmente importante para los bioeticistas que viven en países con escasos recursos.

B) Según Blustein

El pluralismo cultural y socioeconómico de una población no debe ser obstáculo para otorgarle a todos una atención de salud equitativa. El Estado no puede tomar siempre una actitud neutral y a veces, en beneficio de los más necesitados de la sociedad, tiene que exigir a los demás una colaboración más amplia de la que estarían dispuestos a dar si se guiaran únicamente por sus intereses particulares. Este concepto que se traduce en la solidaridad de los empleados y trabajadores de una institución, es la base de nuestros sistemas de seguridad social en México, en los que los que perciben mayores salarios cotizan una mayor cantidad que los que ganan menos, y los beneficios sociales se

reparten por igual entre todos los derechohabientes de la institución.

Blustein aplica este criterio y señala que el concepto de la justa atención a la salud debe ser aceptado por las personas razonables que tienen diversidad y pluralismos en sus ideas morales, filosóficas y religiosas. El concepto de la atención a la salud debe coincidir con los criterios del bien de los miembros de esta sociedad pluralista y además debe ser de aplicación práctica para el beneficio, el bienestar y la salud de sus miembros (83).

III La globalización de la salud

Berlinguer en su libro “*Bioética cotidiana*” considera que la salud global es un imperativo para el desarrollo del género humano. Su descripción sobre los progresos ocurridos en el siglo XX al erradicarse la viruela y al disminuir otras enfermedades infecciosas, es entusiasta y esperanzador.

Nos señala el juicio del historiador Toynbee: “El siglo XX será recordado principalmente no como una época de conflictos políticos o de invenciones técnicas, sino como la época en la que la sociedad humana se atrevió a pensar en la salud de toda la especie humana como un objetivo que se podía alcanzar” (84).

Sin embargo, el optimismo de Berlinguer decae cuando comenta: “No estoy seguro de que las últimas décadas (del siglo) serán recordadas de la misma manera... Los indicadores globales de la salud registran todavía progresos, pero se podría decir que el problema bioético más agudo consiste ahora en la contradicción entre dos fenómenos: nunca antes ha habido en el mundo tanta salud, tantos conocimientos seguros ni tantos remedios posibles, y jamás tampoco tantas enfermedades y tantas muertes que se pudieron prevenir, evitar y curar”.

La salud, para el maestro italiano, debe ser global, porque el género humano está ligado en este campo por un destino común. Por ello resulta

paradójico que, en tanto que se globalizan las finanzas, la información simultánea, las migraciones de pueblos, los conocimientos científicos y las tecnologías, los sistemas de poder, las producciones, los consumos y el trabajo humano, se haya mantenido esta resistencia a la globalización de un bien tan esencial como la salud (85).

El mismo autor señala cuatro campos entre los principales riesgos potenciales contra la salud:

- 1- El recrudecimiento de viejas infecciones y la aparición de nuevas.
- 2- La degradación ambiental.
- 3- La mundialización de las drogas.
- 4- La violencia destructiva y autodestructiva (86).

A estas me atrevo a agregar dos mas que tienen relación con nuestro estudio.

- 5- La exigua colaboración de los países ricos con los países pobres en el ámbito de la salud
- 6- Las presiones de los organismos financieros internacionales sobre los países en desarrollo para cambiar las políticas de los servicios de seguridad social. (ver capítulo quinto y sexto de esta tesis).

Bouford y Lee revisan el papel que desempeña el gobierno federal de los Estados Unidos en la atención de la salud, que se limita a los servicios para los militares, para los veteranos y para un muy pequeño grupo de personas. Opinan que “los fondos federales del país podrían jugar un papel preponderante tanto en el área nacional como internacional. Para esto se requiere la conciencia ética que sostenga políticas que benefician a la población, no solo nacional sino a nivel mundial” (87).

Emanuel indica que “uno de los retos de las políticas de salud en la próxima década (en los Estados Unidos de América) será resolver los dilemas éticos del cambio hacia un sistema de salud dirigido a toda la población”.

Para esto señala que es necesaria la participación activa de la población en la formulación de decisiones (88). Greenberg y Danis subrayan también la necesidad de activar la conciencia de los individuos de cada nación para que exijan el cumplimiento de la atención de la salud para todos (89).

Shue, cuando discurre sobre el derecho a la salud, lo considera como uno de los derechos básicos a la subsistencia del ser humano, y tiene tanta fuerza como el derecho a la seguridad y los derechos políticos aceptados universalmente (90).

Buchanan y Hessler, por otra parte, sostienen que los derechos humanos deben entenderse como “las demandas morales” basadas en los *intereses* humanos básicos (91). Son intereses compartidos por todos (o casi todos) los individuos, y que justifican las obligaciones con los demás o con la sociedad en general para asegurar o proteger esos intereses: alimentación adecuada, vivienda, acceso a las inmunizaciones. Los seres humanos tienen derecho a la atención a la salud porque todos tienen interés en estar sanos. Este interés es universal.

Según estos autores, el hecho que algunas naciones no puedan cumplir con ofrecer atención a la salud a sus habitantes, está hablando de la obligación de los países ricos de proveer a los que no lo son con los medios para proteger y promover la salud de sus habitantes.

La inequidad radical de la distribución internacional de recursos es seriamente injusta. Según estos autores, la comunidad internacional es la responsable de proveer los medios adecuados para la atención a la salud en los países que no pueden hacerlo por sí mismos (92).

REFERENCIAS

- (54) Kelsen H: ¿Qué es justicia? Ed. Ariel. SA. Barcelona, México. 1992 pp 59-63.
- (55) Kelsen H: Op. cit. pp 64-93.
- (56) Nozick R: Anarquía, estado y utopía. Ed. Fondo de Cultura Económica. México 1988. pp 39-47.
- (57) Nozick R: Op. cit. pp 1-11.
- (58) Nozick R: Op. cit. pp 154-6.
- (59) Nozick R: Op. cit. pp 257-60.
- (60) Engelhardt HT: Bioethics and secular humanism: The search for a Common morality. London SCM Press. 1991, pp 134-5.
- (61) Cohen GA: Illusions about private property and freedom. En Issues in Marxist philosophy. Vol IV. Sussex, Harvester press, 1981 p.227.
- (62) Sánchez-Vázquez A: Entre la realidad y la utopía. Ed. Fondo de Cultura Económica: UNAM. 1ª Reimpresión 2000. p.321.
- (63) Baumrin BH: Why there is not right to health care. En: Rhodes R, Batin PM y Silvers A: Medicine and Social Justice. Ed. Oxford University Press. 2002 pp 78-83.
- (64) Nozick R: Op. cit. pp 183.
- (65) Rawls J: Teoría de la justicia. Fondo de Cultura Económica. México. 2ª Reimpresión. 2000 p 24.
- (66) Rawls J: Op. cit. pp 135-47.
- (67) Rawls J: Op. cit. pp 98-8.
- (68) Rawls J: Op. cit. pp 81-110.
- (69) Daniels N: Just health care. Cambridge University Press. 1985. Cambridge, Nueva York, Melbourne. Reimpresión 2001 p. 43.
- (70) Sen A: Desarrollo y libertad. Ed. Planeta Mexicana. México 2000. pp 142-198.
- (71) Sen A: Capacidad y bienestar. En: La calidad de vida. Nussbaum MC y Sen A (compiladores). Ed. Fondo de Cultura Económica. México 1993. pp 54-79.
- (72) Dieterlen P: Ensayos sobre justicia distributiva. Ed. Fontamara. México. 1996, pp 57-69.
- (73) Sandel M: El liberalismo y los límites de la justicia. Ed. Gedisa. Barcelona. 2000 pp 215-227.
- (74) Walzer M: Las esferas de la justicia. Ed. Fondo de Cultura Económica. 2ª. Edición. México. 1997 p 10.
- (75) Walzer M: Op. cit. pp 23.
- (76) Walzer M: Op. cit. pp 96-102.

- (77) Daniels N: Just health care. Cambridge University Press. 1985. Cambridge, Nueva York, Melbourne. Reimpresión 2001. p. 47-8.
- (78) Daniels N: Op. cit. p 2.
- (79) Daniels N: Op. cit. p. 32-5.
- (80) Preámbulo a la constitución de la Organización Mundial de la Salud, aceptada el 22 de julio de 1946.
- (81) Daniels N: Why justice is good for our health. Interfaces between bioethics and the empirical social sciences. Ed. Regional Program in Bioethics OPS/OMS. Chile. 2002. pp 37-52.
- (82) Daniels N: Op. cit. 2002. p. 51.
- (83) Blustein J: Multiculturalism and Just health-care taking pluralism seriously. En Rhodes R y cols. Op cit. Pp-38-50.
- (84) Berlinguer G: Bioética cotidiana. Ed Siglo XXI, 2002, pp 180-190.
- (85) Berlinguer G: op cit p 176.
- (86) Berlinguer G: op cit p 190.
- (87) Bouford JI, Lee PR: Health policy making: the role of the federal government. En Rhodes R y cols: Medicine an social justice. Ed Oxford University Press. 2002 pp 157-182.
- (88) Emanuel EJ: Patient vs population. Resolving the ethical dilemmas posed by treating patients as members of population. En: Danis M, Clancy C Churchill L: Ethical dimensions of health policy. Ed. Oxford University Press. 2002 pp 236-243.
- (89) Greenberg SB y Danis M: When public opinion counts. En Danis M y cols, op. cit 2002 pp 117-131.
- (90) Shue H: Basic Rights. Ed Princeton University Press. Princeton NJ. 1996, p 75.
- (91) Hessler K, Buchanan A: Specifying the content of the human rights to health-care. En Rhodes R y cols: Medicine and social justice. Ed Oxford University press. 2002, pp 84-94.
- (92) Hessler K, Buchanan A: op cit p 95.

CAPITULO TERCERO

DE LOS DERECHO HUMANOS HACIA EL DERECHO A LA SALUD

Introducción

En este capítulo se dará una definición de los derechos humanos y se expondrá la importancia contemporánea de su reconocimiento en el campo de la bioética a partir de la Segunda Guerra Mundial y los juicios de Nuremberg. Desde luego no se pretende profundizar sobre los fundamentos de estos derechos ni relatar los avatares que a través de la historia han tenido que sufrir para su reconocimiento. Es el propósito de esta sección el enunciar la correlación que existe entre el derecho a la salud y la justicia distributiva.

La bioética y los derechos humanos, además de tener campos de estudio que son similares y de imbricarse en varias áreas, coinciden en su preocupación por convertir sus conclusiones en leyes aplicables aquí y ahora, que den la fuerza de la obligatoriedad a sus preceptos.

Se justifica por esto el bosquejo que se hará en este capítulo sobre los derechos humanos en la época contemporánea, basado fundamentalmente en las declaraciones de la Organización de las Naciones Unidas, que han promovido muchas otras reuniones internacionales en las que se han afinado los conceptos sobre los derechos de los individuos.

Los derechos humanos son valores que el hombre considera como inherentes a su misma naturaleza, y que garantizan el respeto a la dignidad de todas las personas y a la satisfacción de sus necesidades indispensables para su bienestar y desarrollo.

Estos derechos han sido progresivamente reconocidos por la sociedad, y plasmados en documentos de gran aceptación en la mayoría de las naciones (93).

A través de los años, y como consecuencia de los cambios históricos que han conmovido al mundo, se reconoce que los derechos humanos se fundan en varios principios, tales como:

- El reconocimiento de la dignidad intrínseca de todo ser humano.
- La igualdad de derechos de todos los hombres y mujeres.
- La necesidad de condiciones idóneas que ofrezcan oportunidades similares para todos.
- La prerrogativa de los pueblos para autodeterminar su destino y su desarrollo económico, social y cultural.

Y por último, algo que suena por ahora como una utopía inalcanzable: la igualdad de las condiciones de vida en los diferentes países de la tierra.

La relación entre la bioética y los derechos humanos es muy estrecha, tanto que en gran medida sus preceptos se sustentan unos a otros. Los derechos humanos han encontrado en la bioética un campo fértil que los enriquece, en particular en el área de los derechos de los menos protegidos como son los de la mujer, los niños, los adultos mayores y los minusválidos, derechos que adquieren

relevancia precisamente por la vulnerabilidad del estado de salud de las personas que conforman estos grupos (94). La bioética por otra parte intenta defender los derechos de los individuos, las comunidades y las naciones en relación con su salud integral y su bienestar físico, psicológico y social (95).

En el siglo XX después de la Segunda Guerra Mundial, el mundo se conmociona al conocer los experimentos en seres humanos realizados en laboratorios con la ayuda de 22 médicos que fueron juzgados en Nuremberg, 7 de los cuales fueron ejecutados. A raíz de este juicio, surge el Código de Nuremberg que ha sido reconocido como el pilar de la bioética. Comprende diez consideraciones, dos destinadas a proteger los derechos de los seres humanos sujetos a la experimentación, y ocho para proteger su bienestar. Surge ahí el requisito del consentimiento informado y voluntario que exige que la persona que tenga la capacidad de darlo, lo haga sin coacción ni engaño, y tenga el conocimiento y comprensión sobre las alternativas, los riesgos y los resultados para tomar una decisión válida (96).

Este consentimiento válidamente informado se exige desde entonces en toda investigación con un riesgo mayor que el mínimo. Además, desde hace dos décadas se ha extendido esta exigencia a todo examen de diagnóstico y a todo tipo de tratamiento, que requieren el consentimiento expreso del paciente (97).

I Documentos internacionales

A) Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU

En 1948 la Organización de las Naciones Unidas promulga la Declaración Universal de Derechos Humanos conocida como Declaración de Derechos Civiles y Políticos, que establece expresamente los llamados Derechos de Primera Generación o derechos de libertad, entre los que destacan los siguientes: (98)

- Igualdad ante la Ley.
- Libertad de pensamiento y de religión.
- Libertad de opinión y expresión de ideas.
- Derecho a la integridad de la persona.
- Derecho al respeto a la vida privada.
- Derecho a elegir lugar de residencia.
- Derecho a asociarse.
- Derecho al recurso jurídico.
- Derecho a elegir y a ser elegido para un puesto público.
-

Estos derechos han quedado plasmados en casi todas las constituciones de todos los países del mundo. De estos derechos personales surge en el siglo XX el concepto bioético de autonomía, según el cual el paciente debe decidir sobre su salud y sobre las medidas que el personal de salud desee tomar para preservarla. Este concepto se opone al paternalismo que prevaleció durante 25 siglos.

B) La Declaración de los Derechos Económicos Sociales y Culturales

Los derechos de segunda generación se refieren a los que tiene todo individuo, indispensables para su desarrollo y bienestar. Tienen un contenido social y requieren el apoyo del Estado. Estos derechos se hacen patentes a raíz de la Revolución Industrial a fines del siglo XVIII.

En el seno de la Organización de las Naciones Unidas y de otras organizaciones internacionales se gesta en 1968 la Declaración de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Estos derechos requieren de la voluntad política de los gobernantes de impulsar el bienestar de la población de acuerdo con las posibilidades económicas del Estado (99).

Los Derechos de Segunda generación incluyen los siguientes:

- Trabajo en condiciones equitativas.
- Salud física y mental.
- Asistencia médica.
- Alimentación.
- Vestido.
- Vivienda.
- Educación.
- Seguridad pública.
- Satisfacción de necesidades en caso de enfermedad, invalidez, vejez o desempleo.

Por la relevancia que tienen en el bienestar público, se acepta que su cumplimiento debe constituir la meta fundamental de todo gobierno. Las corrientes comunitarias y socialistas fueron la fuente de inspiración de la aceptación de estos derechos.

El derecho que tienen los seres humanos a que se proteja su salud quedó señalado en los artículos 22 y 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU de 1948 que incluye además los derechos a la seguridad social, y al bienestar de la familia. Estos artículos fueron ampliados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1968). En él se hace énfasis en el derecho a la salud:

“Artículo 121- Los estados partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del mas alto nivel posible de salud física y mental.”

Pacto Internacional de Derecho Económicos, Sociales y Culturales (1968).

Este concepto fue ratificado y profundizado en la Declaración Americana de Derechos Humanos de la Organización de los Estados Americanos en 1969:

“Artículo 11- Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel de vida que permitan los recursos públicos y la comunidad.”

Declaración Americana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos (1969).

El derecho a la protección de la salud es relevante, pues sin él, el ser humano no puede ejercer sus demás derechos ni cumplir con sus obligaciones.

El Estado tiene un deber de alta prioridad en velar por que se cumpla este derecho. No es posible aceptar en este campo la tesis del “estado mínimo” sostenida por algunos economistas que preconizan que los servicios deben dejarse en manos de la iniciativa privada y que el Estado, en relación con la salud, debe preocuparse solamente por atender a la población en los programas

que estén fuera del interés de los empresarios, como pudieran ser la vacunación y la promoción de medidas preventivas.

La salud es uno de los bienes mas preciados del ser humano. Considerar la salud como un objeto de consumo sujeto a la libre voluntad de los comerciantes es un criterio al que es ajena la bioética.

C) Los Derechos de tercera generación

En los foros internacionales se están tratando los derechos de tercera generación o derechos de los pueblos (100). A la bioética le interesan todos estos temas. Me parece que solo en un mundo que busque la paz, la colaboración internacional, la justicia social internacional, la solución a los problemas y necesidades primarios, la preservación del medio ambiente podrá darse la salud y el bienestar. Estos derechos surgieron como una respuesta al imperativo de colaboración entre las naciones. Es una lástima que esta colaboración esté por ahora tan limitada.

En los últimos años, se han señalado los derechos de grupos de personas que en una u otra forma han sentido que la sociedad les debe una mayor atención de la que se les ha prestado: a) las mujeres b) los niños c) los ancianos.

Muchos de estos derechos están relacionados con los problemas de la salud a la que son mas vulnerables las personas del sexo femenino, los niños y los adultos mayores, y son por lo tanto motivo de estudio y análisis de la bioética.

Se han reforzado en la Reunión de El Cairo en 1994 y en Beijing en 1995 los derechos de la mujer aceptados casi universalmente. Algunos pueden parecer obvios, pero no ocurre así en todo el mundo (101). Muchos de estos derechos tienen relación con la salud:

- Derecho a no sufrir discriminación para ingresar a una empresa por embarazo que incluye el no presentar o sujetarse a alguna prueba de diagnóstico de ese estado.
- Derecho a gozar de períodos de descanso durante sus embarazos.
- Derecho a disfrutar del tiempo necesario para amamantar a sus hijos.
- Derecho a no cumplir con deberes agobiantes o de gran tensión, como pudieran ser los militares en el frente de guerra.

Se han señalado en diversos documentos que los niños tienen derechos en relación con su salud física o mental como son: (102)

- Derecho a recibir capacitación académica, ética, cívica y moral de parte de sus padres y del Estado hasta su mayoría de edad.
- Derecho a utilizar su tiempo en la escuela y no ocuparse de labores fabriles.

- Derecho a recibir alimentación, vestidos, albergue, afecto y protección de parte de sus padres, y en su ausencia, de parte del Estado.
- Derecho a recibir atención médica periódica desde su nacimiento hasta varios años después.
- Derecho a crecer en un ambiente sano que le permita vivir con salud física, psicológica y social.
- Derecho a ser tratados con respeto por sus familiares.

Últimamente se ha hecho énfasis en que un niño capaz de tomar decisiones razonables debe ser respetado en su autonomía, y por tanto tiene derecho a no ser sujeto de experimentos o de exámenes de diagnóstico o procedimientos de tratamientos sin su consentimiento informado (103).

Se ha aceptado universalmente que la salud es un bien de alta prioridad para el ser humano, ya que sin él no puede tener acceso a sus demás derechos, ni puede cumplir con sus obligaciones dentro de la sociedad. Sin embargo se ha cuestionado a quién corresponde la tutela de este derecho. En la mayoría de los países se ha propuesto que sea el Estado el encargado de velar por la salud de sus habitantes (104) y vigilar que se den las condiciones necesarias para dar vigencia a la garantía del derecho a la protección de la salud (105) (106).

Sobre los derechos humanos, debemos aceptar que aquí y ahora, tengan o no un valor universal derivado de la misma naturaleza humana, o sean convenciones de grupos de poder o de legisladores, o una combinación de estos factores, el hecho es que en la actualidad son aceptados en su conjunto por la mayoría de los seres humanos y han sido incluidos en las constituciones o Cartas Magnas de casi todas las naciones del mundo, lo que les da una validez, si no como verdades absolutas, sí como bases de comportamiento, de políticas estatales, y elementos que se espera lleven alguna vez a la paz y a la concordia de los seres humanos y de los pueblos.

La justicia distributiva dentro de una nación, que se manifiesta, entre otros factores, por la adecuada asignación de presupuesto a los diversos rubros que maneja el estado, debe considerar en primerísimo término los derechos de los ciudadanos, entre los que cobra gran relevancia el derecho a la salud.

II. Derecho a la protección de la salud en México

A) Derecho Constitucional

El 3 de febrero de 1983, en parte por presiones internacionales, se modificó el artículo 4to, Constitucional, el que desde entonces señala que “Toda persona tiene derecho a la protección de la Salud. La ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud”. De hecho, la constitución mexicana, reconocida por su contenido social, se refiere a muchos de los aspectos que tienen relación con la salud: higiene, trabajo, vivienda, salario, medio ambiente.

La Ley General de Salud reglamentaria del artículo 4º constitucional, señala que todo aquel que requiera los servicios de salud que presten los sectores públicos, social y privado tendrá derecho a obtener prestaciones oportunas y de calidad idónea y a recibir la atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares (Artículos 50 y 51).

En México, las declaraciones internacionales sobre derechos humanos, firmadas por el Presidente de la República y ratificadas por el Congreso de la Unión, se convierten en ordenamientos a nivel Constitucional de acuerdo con el Artículo 133, según el cual los tratados que celebre el Presidente de la República con aprobación del Senado, serán Ley Suprema de toda la nación. Por esto, México está comprometido a cumplir con los derechos de primera y segunda generación, señalados en los protocolos de la Organización de las Naciones Unidas, así como todos aquellos contenidos en los convenios y tratados internacionales que ha firmado.

REFERENCIAS

- (93) Declaration des droits de l'homme et du citoyen. 1789. Citado por Palacios BL. Historia Universal. Tomo 15. Ed. Inst. Gallach. 1992. p 2948.
- (94) Comanducci P: Derechos humanos y minorías: Un acercamiento analítico neoilustrado. En Derechos sociales y derechos de las minorías. Carbonell M. y cols (compiladores). IJ UNAM, 2000. pp.185-206.
- (95) Velasco Suárez M. Derecho y salud. Bioética para el respeto al derecho a la vida y promoción a la salud. En Muñoz de Alba M: Temas selectos de salud y derecho UNAM, 2002. p. 195-204.
- (96) Trials of War Criminals before the Nuremberg Council Law. N°10, Vol. 2, Washington DC, 1949. pp 181-2.
- (97) Declaración de Lisboa. Derechos del paciente. Adaptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial. 1981.
- (98) Declaración Universal de Derechos Humanos. ONU. 1948.
- (99) Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. ONU. 1966.
- (100) Declaración Universal de Derechos de los Pueblos. ONU. Argel, 4 de julio, 1976.
- (101) Cázares GG: La solidaridad social en: Diccionario jurídico sobre seguridad social. Ed. UNAM 1994. pp. 444-5.
- (102) Los derechos de los niños. UNESCO; París, 2000
- (103) Convención europea sobre los derechos del hombre y la biomedicina. 1996.
- (104) Gómez-Millán E: Propuestas legislativas de reformas a los Artículos 4º y 73 Fracción XVI de la Constitución General de la República: Foro Nacional. El Derecho a la protección de la Salud. Cámara de Diputados, 1998. pp 107-110.
- (105) Fonseca- Villa MS: Necesidad de un marco teórico para legislar sobre salud pública y el derecho de la población a ser atendida: Ibid. Pp. 297-302.
- (106) Martínez- Sánchez A, Arista-López G: Condiciones necesarias para dar vigencia a la garantía del derecho a la protección de la salud. Ibid. pp 303-5.

CAPITULO CUARTO

LA PUESTA EN PRACTICA DE LA JUSTICIA DISTRIBUTIVA

EN LA ATENCION A LA SALUD

Introducción

En este capítulo se abordarán los temas referentes a los criterios que pueden guiarnos a la justa distribución de los recursos para que el Estado contribuya a otorgar una adecuada atención a la salud.

Se mencionará la solidaridad como la base de las instituciones de seguridad social y la necesidad de analizar la forma de hacer accesible a toda la población una buena atención a la salud a la que tiene derecho. Se comentará por qué en algunos países desarrollados se carece de protección universal de la salud de sus habitantes. Se señalará que la protección de la salud debe ser una meta prioritaria del estado, para cubrir ese derecho de los individuos que lo conforman, meta que en México se ha alcanzado solo parcialmente. La equidad es un principio prioritario de la justicia, y en lo que se refiere a la salud de los habitantes de una región o de un país, implica otorgar una atención igual a todos los que presentan problemas iguales de salud. Este es criterio que se analiza en este capítulo.

También a lo largo de este capítulo, se presentan algunos métodos que intentan, mediante procedimientos matemáticos o epidemiológicos establecer la justa distribución de los recursos, y se muestran algunos de sus inconvenientes. La equidad, la eficiencia y la eficacia de los métodos, la solidaridad y la asignación de un presupuesto adecuado, se presentan como los medios que permiten una justa asignación de los recursos para la salud. Además se hace mención de algunos países en los que la salud se ha considerado prioritaria, y los que, sin grandes recursos, han logrado mantener condiciones de salud muy

satisfactorias en su población. El capítulo comprende también la mención del derecho a la seguridad social en general.

La bioética tiene en el derecho a la protección de la salud para todos, uno de los campos de acción mas extensos y preocupantes. Es un hecho que el Estado tiene el deber de asignar con justicia los recursos. La razón de ser del Estado es el hombre mismo, no como individuo sino como ser social que cede parte de su libertad y de su ser individual en aras de la convivencia con sus semejantes, lo que a su vez asegura su propio bienestar (107).

A pesar que se habla de igualdad de todos los seres humanos, éstos nacen en un mundo en el que prevalecen las desigualdades. Hay quien goza de condiciones económicas que le permiten disfrutar con holgura de los beneficios que la sociedad le ofrece y quien carece de lo mas indispensable para llevar una subsistencia digna.

Quienes tienen a su cargo el gobierno de una comunidad con frecuencia olvidan que las diferencias entre una persona y otra se derivan de circunstancias aleatorias: genéticas, ambientales, familiares, educativas, de oportunidades, y que salvo excepciones, no tienen relación con los méritos o las faltas de cada una de ellas.

En lo que se refiere a la salud cada vez es mas clara la correlación entre las enfermedades, la alimentación, la educación, el medio ambiente, y otros muchos factores.

La falta de satisfacción de las necesidades primarias de algunos núcleos de población los hace vulnerables a muchas enfermedades. Si corresponde a la sociedad en general procurar que los individuos obtengan lo que necesitan, se deriva que la responsabilidad de la salud recae sobre todos los que conforman un grupo social.

I La protección de la salud como un bien exigible.

La práctica de la medicina como una profesión libre ha sido una constante en muchos países en que un grupo de personas pueden pagarle al médico privado directamente por la consulta. Este grupo que también sufraga las costosas intervenciones quirúrgicas y las igualmente onerosas hospitalizaciones prolongadas, pertenece a las clases pudientes y acomodadas.

La población cuenta desde hace algunos años con la posibilidad de contratar seguros de gastos médicos mayores y últimamente con seguros de atención de salud integral, que los protege con limitaciones de los altos costos de la atención privada. La población pobre difícilmente puede acceder a alguno de los modelos descritos por la escasez de sus ingresos. La doctrina liberal ofrece soluciones limitadas para este último grupo que en algunos países comprende a más de la mitad de la población. En el ámbito de la salud, la población ha llegado a concebir la asistencia sanitaria como un derecho exigible en justicia. El Estado ha de tener entre sus máximas prioridades la protección de la salud como un derecho de toda la población.

El partido laborista inglés estableció entre 1945 y 1946 en Gran Bretaña el Sistema Nacional de Salud que cubre a toda la población basado en el informe de William Beveridge (108). El programa de salud en Inglaterra ha sido considerado como el paso de mayor impacto social, popular y democrático que se ha dado en ese país. La justicia distributiva se cumple aquí mediante la solidaridad y la subsidiariedad que son las bases de los sistemas de seguridad social que cubren la atención a la salud en gran parte de la población mundial.

En los tiempos recientes, Toulmin ha hecho notar con razón que los temas médicos constituyen la contribución más importante y el impulso más fuerte que

ha recibido la ética (109). Sin embargo, en el área de la justicia distributiva, el aporte de la Medicina ha sido pobre. A pesar que se considera la justicia como uno de los cuatro preceptos prioritarios de la bioética los avances en este campo han sido lentos, escasos, y en ocasiones han sido sustituidos por regresiones que han afectado la atención a la salud de la población (110). Buchanan señaló que está en pañales la teoría sobre la justa distribución de los recursos para la salud, y peor está su puesta en práctica (111). En particular, en los países en desarrollo la desigualdad en los servicios para ricos y pobres es evidente. Los menos favorecidos reciben un paquete de servicios que solo cubre algunas necesidades, y solo los mas solventes, que son un número pequeño de la población, tienen derecho a una atención de buena calidad.

En México el sistema de seguridad social puede disminuir los rigores de la pobreza, y cubrir parte de la población con los beneficios sociales primarios. Se corre el riesgo, sin embargo, que se distribuyan los recursos en forma independiente de las verdaderas necesidades, deseos y preferencias de los ciudadanos como consecuencia de la ideología política de los gobernantes, sus compromisos particulares, partidistas e internacionales, que intervienen con gran fuerza en los planes y programas de gobierno, haciendo a un lado los objetivos de quienes tienen el poder: el beneficio público.

La población mexicana sabe bien que existen desigualdades en la atención de la salud, que muchos juzgan como inequidades.

¿Cuál es el verdadero alcance que tiene el derecho a la protección de la salud en México? Dice Ponce de León que el derecho a la salud del constitucionalismo moderno se hace inoperante cuando no existe una obligación correlativa (112) Bullé-Goyri afirma que el estado debe crear las condiciones que permitan la plena satisfacción de estos derechos para que no queden en simples

expresiones de ideales sin llegar a constituirse en normas programáticas. Como el resto de los derechos de segunda generación, el derecho a la protección de la salud no cuenta aún con adecuados mecanismos de tutela y protección (113).

El Estado Mexicano no ha podido cumplir cabalmente con este precepto constitucional (114). Como vimos en el capítulo 1, existe una parte de la población que cuenta únicamente con lo que el Estado puede proporcionarle por medio de la Secretaría de Salud Federal, y las instituciones estatales y municipales. Constituyen cerca de 40 millones de habitantes en la República. El resto de la población está, cuando menos desde el punto de vista legal, teóricamente protegida por los recursos de las instituciones de seguridad social (115).

En 1983 en Estados Unidos se creó una Comisión Presidencial para el estudio de los problemas éticos de la atención médica. En las conclusiones de la Comisión se señaló que en los años sesenta en aquel país, 22 a 25 millones de personas en ese país no tenían acceso institucional a los servicios de salud, y para 20 millones más la cobertura era inadecuada. La mayoría de las personas sin cobertura eran pobres, miembros de una minoría racial étnica y residentes rurales (116). Las desigualdades en el riesgo de caer enfermos se correlacionó con la clase y la raza, reflejando una inequitativa protección del sistema de salud. En ese país, la mortalidad infantil entre los negros es el doble que la de los blancos, y la situación de la cobertura del sistema de salud no se ha modificado en los últimos lustros (117).

Shim comenta que la moral individualista históricamente arraigada en los Estados Unidos de América, los ideales nacionales en conflicto de individualismo, libertad e igualdad, así como la poderosa influencia de los sistemas de libre mercado en el área de los cuidados de salud, son los factores

críticos que contribuyen a que este país sea la única nación en el mundo industrializado que carece de un sistema universal de acceso a los servicios de salud, y que no se ha comprometido a aceptar la salud como un derecho humano en su constitución. Por su parte Kuczewski subraya que las ciencias biomédicas son consecuencia de un proyecto colectivo que trata de mejorar y avanzar en el terreno de la salud y el bienestar de la sociedad. En la vida real, sin embargo, el sistema político de los Estados Unidos de América está enfocado a las políticas de grupos de interés y no al bienestar de su propia sociedad (52).

II. Política y justicia

Ya que el hombre es un ser social, forzado siempre a desenvolverse individual y socialmente, no puede hacer a un lado la política, que responde a la forma como sus delegados o representantes actúan en relación con las necesidades sociales, que le incumben personalmente. Los seres humanos tienen todo el derecho y el deber de exigir a quienes ejercen la administración del Estado, a que lo hagan con justicia. La autoridad de los gobiernos, cualquiera que sea el sistema adoptado, emana precisamente de los individuos que conforman los grupos sociales.

La vida comunitaria es un bien, por lo que participar en ella implica un costo, que debe tenerse presente a la hora de la distribución. La solidaridad por la que aquel que más tiene contribuye en mayor proporción que el que solo tiene carencias es la base de instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social y es una forma de pago por el beneficio que se obtiene de la estructura social, que le ha permitido a algunos obtener una posición económica superior a la de otros menos afortunados.

La distribución de los recursos para la salud se deriva de las políticas

económicas de cada estado o nación. La justa distribución se refiere a la forma en la que los recursos se reparten en una sociedad estructurada, que posee normas morales, legales y culturales. La distribución moralmente correcta en relación con las características y atributos de las personas que conforman esa sociedad, constituye la base de la justicia. Los beneficios, las mejores oportunidades o el aumento de sus capacidades que se ofrecen a una persona o a un grupo de individuos serán las consecuencias de esa distribución justa. Los problemas de la justicia distributiva aparecen cuando las condiciones de un grupo social son de gran desigualdad, de competencia inequitativa, o de escasez de recursos.

Nosotros estimamos que la bioética acepta como uno de sus principios que todos los seres humanos tienen derecho a la protección de la salud.

El Estado tiene rubros muy importantes en qué gastar sus recursos. Sin embargo, la salud es una de sus metas prioritarias. La salud, ya lo hemos comentado, es uno de los valores humanos que tiene un mayor impacto en los demás valores. La protección de la salud de los diversos grupos sociales debiera ser una preocupación global de todas las naciones, las que en un consenso universal tendrían que buscar la protección de los seres humanos cualquiera que sea su condición social o económica.

Los recursos para la salud no se refieren exclusivamente a los que son útiles para curar o rehabilitar a los pacientes. Existen programas o actividades concretas que benefician más a la población que las mismas unidades de salud: la potabilización del agua, la destrucción de fauna nociva, las inmunizaciones, la información biomédica, la salud ambiental, son tópicos que al asignar recursos para la salud, deben ser tomados muy en cuenta.

III. Estado de Bienestar

Para cumplir con los preceptos que exige la justa distribución de los recursos, muchos países han optado por el llamado Estado de Bienestar, que es una forma de gobierno en la que los ingresos fiscales son utilizados sustancialmente para satisfacer las necesidades primarias de los ciudadanos: salud, enseñanza, vivienda, seguridad social. En los países que han optado por este sistema se permite la propiedad privada de los medios de producción bajo cierta regulación, a diferencia del estado capitalista a ultranza que busca la solución de los problemas a través de las acciones individuales garantizadas por un estado mínimo.

El Estado de Bienestar se basa en la percepción que todos los hombres tienen derecho a acceder a determinado nivel de bienestar, lo que significa un perfeccionamiento de la democracia como sistema político basado en la igualdad. A diferencia del liberalismo, este bienestar busca el beneficio de todos los seres humanos y no solo de aquellos que se han enriquecido al poseer bienes susceptibles de generar valor agregado en el sistema de producción (118).

La mayor parte de los países europeos han mantenido una situación política que les permite sostener este Estado de Bienestar, a pesar de los embates del neoliberalismo que tiende a hacer prevalecer las leyes del mercado en todos los niveles sociales. Los europeos reconocen sus derechos sociales, económicos y culturales que se han cumplido en base a la forma de gobierno y de reparto y distribución de la riqueza (119). La atención integral a la salud con algunas limitaciones, es una prerrogativa de la que gozan todos los habitantes de la Unión Europea.

No es casual que los Estados Unidos de América e Inglaterra, en donde se han presentado “crisis” del Estado de Bienestar, sean, entre los países desarrollados, aquellos en los que la desigualdad entre varios grupos de sus habitantes se ha manifestado con mayor intensidad. En ellos, tienden a imperar las normas del neoliberalismo, con todas sus injustas consecuencias.

El Estado de Bienestar refuerza las posiciones del trabajo cooperativo, participativo y de solidaridad para el cumplimiento de los derechos de todos los que pertenecen a una comunidad a través de las normas, la vigilancia y la evaluación que realiza el Estado. El Estado de Bienestar proporciona a sus ciudadanos los elementos necesarios para tener una existencia digna, donde puedan aportar con su trabajo e inventiva valores y medios a la sociedad donde viven. Intenta facilitarle los mecanismos oportunos para mantener su integridad física y psíquica con el fin de propiciar su integridad personal y social, elementos ambos que permiten la realización y proyección social del ciudadano. Un individuo sano, física y psíquicamente es potencialmente innovador, creativo con facultad de reportar a la sociedad todo lo que de ella puede obtener, en forma constructiva. (120)

IV. Comunismo real y neoliberalismo

El comunismo real tiene una gran diferencia con el Estado de Bienestar, ya que se basó en regímenes totalitarios que inspirados en las ideologías emancipadoras de Marx. Engels, Lenin y otros pensadores, derivaron en una política que se opuso a la libertad individual, sacrificada en aras de una absoluta igualdad, que además resultó ser ficticia.

El neoliberalismo es una nueva etapa en el proceso involucionista

antidemocrático, que aparece revestido de un ropaje revolucionario por que se sirve de los espectaculares resultados del avance tecnológico. Es antidemocrático por que niega al individuo la soberanía para decidir las condiciones de vida que quiere disfrutar. No basa su legitimidad en la libertad del ser humano para elegir, sino en que las condiciones que ha creado son las únicas posibles. Es un nuevo totalitarismo que intenta globalizar lo que un pequeño grupo de privilegiados ha impuesto al resto. El neoliberalismo, en el límite de sus contradicciones, es también antiliberal desde el punto de vista económico, ya que no permite la competencia, que requiere la regulación de las condiciones del mercado que impida las posiciones de dominio que anulen esa competencia. Por el contrario el neoliberalismo abomina de cualquier regulación, no solamente en los mercados financieros, sino también en los de bienes y servicios (121).

La justicia distributiva exige que la atención de la salud de todos los habitantes del planeta se constituya en una prioridad de la sociedad, que tiene el deber de asegurar la integridad de las personas en su salud, como individuos y como miembros de una comunidad (122).

Es nuestra opinión que los países desarrollados deberán entender que la desigualdad es una cuestión fundamental que hay que seguir combatiendo en beneficio de toda la humanidad. La igualdad se refiere a que todos debemos tener los mismos derechos y oportunidades. Pero es indudable que la desigualdad económica dificulta, cuando no imposibilita, que la igualdad en derechos sea realmente efectiva y esto se materialice en la igualdad de oportunidades.

Como un ejemplo de la necesidad de la cooperación internacional en materia de la salud se citan algunos párrafos de la Declaración Universal del Genoma Humano y los Derechos Humanos, (123) en la conferencia universal de la UNESCO. (noviembre 1997) ...Todos los Estados se comprometen a fomentar

las medidas tendientes a:

- Cooperar con los países en desarrollo a favor del progreso social y económico en relación con la investigación tecnológica para que esta redunde en beneficio de todos.
- Promover el libre intercambio de conocimientos e información en las área de genética y la medicina.
- Los Estados deben practicar la solidaridad hacia los individuos, las familias y los grupos vulnerables o que estén afectados por enfermedades o discapacidades de carácter genético.

V. El derecho a la seguridad social.

El primer antecedente legal sobre los derechos a la seguridad social lo encontramos en Bismarck, canciller de Alemania, quien en 1881 firmó el Tratado de Protección a los trabajadores en accidentes, enfermedad y vejez.

En 1908 y 1911, Inglaterra estableció la Ley de Pensionistas y Seguro Nacional para trabajadores (124).

En 1915, en Suecia fue creado el Seguro de Salud y de Pensiones. En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 se señala el derecho de todos los mexicanos a este concepto, que se incorporó a la Constitución de Weimar en 1918 y a la Constitución Rusa en 1919.

En México el Instituto Mexicano del Seguro Social fue creado en 1943 para beneficio de los trabajadores de la República.

En 1944, la Organización Mundial del Trabajo (OIT) aprobó la Declaración de Filadelfia, en la que se afirmaba el derecho de todos los seres humanos a “conseguir su bienestar material y su desarrollo espiritual, de seguridad

económica y de igualdad de oportunidades, y que los programas permitan alcanzar la extensión de las medidas de seguridad social para proveer un ingreso básico a los que necesiten tal protección y asistencia médica completa (así como) protección de la infancia y de la maternidad” (125).

La OIT proyecta también en la Declaración de Filadelfia, en la Recomendación sobre “seguridad de los medios de vida”, que los regímenes de seguridad social deberán no solo impedir la miseria sino restablecer un nivel de vida razonable cuando se presente el riesgo, que es la preocupación tradicional de los seguros sociales, y proporcionar asistencia a las personas en estado de necesidad.

En la Asamblea de París en 1948, la Organización de las Naciones Unidas adoptó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y consagró en sus Artículos 22 y 25 que “Toda persona... tiene derecho a la seguridad social y a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad” y que “Es el derecho que tienen...a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros...”.

Otros documentos en los que definen y aclaran los derechos de los trabajadores y del resto de los seres humanos a la seguridad social son:

La “Declaración Americana de los Derechos, y Deberes del Hombre”. Organización de los Estados Americanos (OEA) Bogotá 1948 y la “Declaración Mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño. Cumbre Mundial a favor de la Infancia. UNICEF. 1990”.

Estas últimas declaraciones, signadas por Jefes de Estado y de Gobierno a

nivel mundial y regional, muestran la intención de poner en práctica y apoyar las expresiones que se han emitido desde hacia varias décadas.

Lo que se ha hecho en varios países, y en particular en México, para proteger los derechos de los trabajadores, no puede sustituirse con prácticas que no han demostrado su viabilidad, y en cambio han provocado serios problemas. Esto sería a todas luces una flagrante injusticia. México ha sido en el mundo, uno de los pioneros del establecimiento de programas de seguridad social. La tendencia desde hace pocos lustros a restarle valor a la protección de la salud de más de la mitad de los mexicanos es una ofensa a quienes han dedicado su tiempo, su saber y su vida a mantener en alto el prestigio de estas instituciones que tanto han hecho por el bien de los habitantes de México.

VI. La asignación de recursos para la salud

La distribución de los recursos del Estado no puede seguir un modelo invariable. Las desigualdades de desarrollo, de oportunidades, de cultura, de ambiente familiar, de capacitación, de ambiciones, de inteligencia, de factores genéticos, no solo entre las personas de diferentes países de la tierra, sino entre diversas regiones y de hecho entre todos los individuos, da como resultado que cada uno reciba una fracción diferente de lo que el Estado reparte. Sin embargo la justicia exige que la tendencia general sea homogeneizar en lo posible las prestaciones sociales para que todos los individuos puedan recibirlas, que les permita llevar una vida digna con el mayor bienestar posible (120) (126).

La asignación éticamente correcta de los recursos que favorecen la salud de la población es uno de los objetivos primarios de la justicia distributiva. Esta asignación se basa fundamentalmente, de acuerdo con lo hasta ahora analizado, en la imparcialidad, el beneficio de todos, el incremento de las capacidades, el

aumento en el rango de oportunidades de los miembros de una comunidad. En la práctica esto se logra en el campo de la salud, si se cumple con los siguientes factores:

- A. La equidad.
- B. La solidaridad.
- C. La asignación de un presupuesto adecuado para la salud.
- D. La eficiencia y la eficacia en la atención de la salud.
- E. La corresponsabilidad de la comunidad y de los pacientes.

A. La equidad.

Para Aristóteles la equidad es la justicia aplicable a ciertos casos en los que una ley general puede ser injusta. En esos casos, la equidad estaría por encima de lo “justo legal” “ y esta es la naturaleza de lo equitativo: ser una rectificación de la ley en la parte en que ésta es deficiente por su carácter general” (127).

En la actualidad, la equidad es un concepto que va de la mano con la igualdad y la imparcialidad. Está muy ligada, además con la asignación de recursos y con la justicia distributiva. Un servicio de salud equitativo otorgaría a los miembros de la sociedad una atención igual a todos los que presentan problemas similares de salud.

No existe ser humano que sea igual a otro. El derecho a la igualdad de las constituciones, de la teoría de los derechos humanos, tiende a llamar la atención sobre la necesidad de disminuir las desigualdades. La reducción de estas es lo que conlleva al concepto de igualdad: igualdad ante la ley, igualdad de poder político, igualdad de oportunidades, para el progreso social y económico, igualdad de riquezas, igualdad de facilidades para aprender, para mantenerse saludable,

igualdad de libertad y de respeto.

La equidad es un concepto antiguo, pero solo a partir del siglo XX ha sido propuesta como parte constitutiva de los derechos humanos universales. Drane señala que el fundamento de la equidad es el conformarse a patrones aceptados de justicia, sin prejuicios, favoritismos o fraudes (128).

La equidad en la protección de la salud es tan básica como la libertad de expresión, la de no ser sometido a esclavitud, tortura o arresto arbitrario y puede ser tan relevante como el derecho a la seguridad (129). Los ciudadanos están protegidos, en cualquier estado, contra agresiones que pueden dañar sus bienes. Existe para esto un grupo de vigilantes policiacos que en cada región tienen como función el impedir que se ataquen los derechos de sus habitantes. Se han establecido, en la mayoría de los países, ejércitos para evitar una agresión externa. Los sistemas de seguridad constituyen una de las prioridades del gobierno en cualquier grupo social.

Creo que si en todo el mundo se acepta que el estado debe proteger a los individuos contra la agresión, defender sus intereses legítimos y evitar que se le despoje de sus bienes ¿Por qué no exigirle que proteja la salud de los habitantes, que es uno de sus bienes mas preciados, contra todo aquello que constituya un riesgo o un factor de agresión?

Los padecimientos infecciosos producen alteraciones en la salud que pueden llevar a la muerte. Los factores externos (la contaminación de alimentos, del agua, el medio ambiente inapropiado, la falta de capacitación de la población) entre otros factores, hacen propicia la presentación de enfermedades ¿No merecen los ciudadanos que se les proteja contra esos factores de agresión? Si la

enfermedad se produce porque no se cumplió con las medidas adecuadas ¿No tienen derecho a que se les trate convenientemente hasta su restablecimiento?.

En el caso de las enfermedades infecciosas, la relación entre seguridad y salud parece obvia. Sin embargo este criterio puede extenderse a todos, o cuando menos a la gran mayoría de los padecimientos. Las lesiones producidas en los accidentes, las enfermedades crónico-degenerativas, están estrechamente ligadas a deficiencias en su prevención, en la protección en el trabajo, en la divulgación masiva sobre los preceptos relacionados con la alimentación adecuada, el ejercicio, el acceso a las medidas para evitar la complicación de un padecimiento.

Cuando ocurren contingencias como huracanes, inundaciones y otros desastres naturales, se solicita y se otorga ayuda federal. ¡Ay del gobierno que en esas situaciones no presta oídos a los reclamos del pueblo! Surge la pregunta ¿Porqué esperar a que la naturaleza se manifieste exageradamente para prestar atención a la población, cuando un porcentaje sustancial de ella vive cotidianamente en un desastre natural con relación a su salud?. La desnutrición, los riesgos de infecciones, las enfermedades crónicas no tratadas, la discriminación, la ignorancia, la falta de acceso a las instalaciones de atención, producen todos los días tragedias que enlutan o trastornan los hogares de nuestro país.

Se hace evidente la prioridad que el Estado debe dar a la atención de la salud.

El hombre, para cumplir con las metas que tiene establecidas, requiere de salud. El estado le ofrece seguridad, protección de sus bienes, de su integridad, mediante la vigilancia y el control de los factores que pueden hacerle daño. Si un individuo ha sido despojado de alguno de sus bienes el estado le ayudará a

recuperarlo. Aún el daño moral reclama una indemnización. Esta posición, aceptada en todo el mundo, puede extenderse a la protección de la salud, que debe ir mas allá de las medidas preventivas primarias, y extenderse a la recuperación de la salud para prevenir complicaciones y secuelas, y a la rehabilitación de los enfermos e incapacitados.

Cada vez es mas obvio a los individuos, a los países y a los grandes grupos sociales que todos tenemos los mismos derechos, y que si esto no se ha aplicado en la realidad, es una seria carencia que toda la sociedad debía empeñarse en subsanar (130).

La equidad implica que tratemos de dar vida a la intuición de igualdad, intentando entregar bienes esenciales y servicios básicos a todos sobre las mismas bases. Si los bienes y los servicios que nos preocupan son los que se refieren a la salud, el aspecto obligatorio apuntaría a satisfacer las necesidades sanitarias de cada individuo, tan igualitariamente como fuera posible.

En un programa equitativo no existen diferencias sistemáticas en la atención a la salud entre grupos con distintos niveles económicos, de poder o de prestigio. La atención debe ser la misma independientemente de la situación económica étnica, racial o religiosa de las personas enfermas o sanas (131).

La equidad es un principio ético, fundamental en el cumplimiento de la justicia social y en relación directa con los derechos humanos. Se debe buscar el mas alto nivel de protección a la salud para todos, tomando en cuenta el que reciben aquellos que tienen el nivel social mas elevado. Su logro en salud se obtiene igualando en lo posible el bienestar y los factores sociales que tienen relación con la salud. Esto solo puede obtenerse si los países hacen operativos los

mandatos de sus constituciones. Sería ideal que cumplieran además con sus compromisos internacionales de proveer a los países mas necesitados con los elementos para lograr estos fines (132).

Por su parte, Callahan señala que el gobierno es, finalmente, el responsable de asegurar que cada cual tenga un grado mínimo de unidades de salud, financiable, independiente de su capacidad para pagar (133).

Este “*grado mínimo de cuidados*” aunque parece atractivo ha sido cuestionado porque limita las acciones del Estado, y produce un conformismo que resulta contrario a la justicia. Según Roemer, la respuesta del planificador al problema de la asignación de recursos para la salud sería la de establecer un procedimiento matemático, usando un modelo cuantitativo tan objetivo como fuera posible. (134)

En una de las propuestas de Roemer, como un ejemplo sobre la asignación de recursos, se refiere a una agencia de la Organización Mundial de la Salud que intenta disminuir la tasa de mortalidad infantil en todas las regiones del mundo, Roemer sostiene lo que la agencia debe discutir es la regla de asignación del presupuesto que esté asociada con el problema. Los factores generales que se tomarán en cuenta son entre muchos otros: los climas, la densidad de población, el grado de organización de los servicios de salud, la utilización real de los recursos por las autoridades, su acceso a los avances tecnológicos, la magnitud del problema (en este caso la mortalidad infantil). La regla para asignar los recursos debe basarse en que la región en la que la mortalidad es mayor debe recibir un presupuesto que permita disminuir esa mortalidad hasta el nivel de la segunda región con el nivel más alto; después mantener en estas regiones un presupuesto que les permita alcanzar los niveles de la tercera región, y así sucesivamente.

Para lograr esto deben emplearse fórmulas matemáticas que incluyen todas las variables relevantes de cada región, cada variable con su ponderación correspondiente (134).

La tesis de Roemer, en este ejercicio, nos muestra el deseo de resolver objetivamente un problema muy complejo. Seabright (135) llama la atención en que la propuesta puede tener escollos para su aplicación práctica, entre otros los continuos cambios tecnológicos que ocurren en la atención a la salud, que son prácticamente impredecibles, y la presentación de cambios radicales en los factores que intervienen en la atención sanitaria: climáticos, alimenticios, presentación de nuevos padecimientos o exacerbación de algunas enfermedades, disturbios civiles y otras muchas contingencias.

Las corrientes utilitaristas que buscan el costo-beneficio ideal de los recursos, han propuesto la utilización de índices que establecerían las prioridades en la atención de la salud, tales como AVISA (años de vida saludable) o los AVAC (años de vida ajustados según la calidad: QALY en inglés por quality adjusted life years) (136).

Estos índices son útiles para conocer las principales necesidades de salud, y los factores de riesgo, pero no pueden definir un listado rígido de prioridades ya que, en última instancia son subjetivos, excluyentes, y no toman en cuenta en forma analítica los valores de los individuos, la situación familiar y social ni el impacto imprevisto de un padecimiento sobre un paciente dado. La Declaración de los Derechos Humanos y el precepto constitucional en México señalan el derecho a un nivel de salud y de vida adecuado que no se cumple con dotar a las personas de un paquete mínimo de salud, sino de ofrecer la mejor atención posible de acuerdo al grado de desarrollo. No es justo excluir a los incapacitados, (137) (138), a los niños con trastornos más o menos severos (139), a las madres

que desean tener un hijo, o a las personas con cuadros de angustia o de depresión severa.

B. la Solidaridad

La solidaridad se refiere a la participación ciudadana como un elemento de bienestar social. Según esta teoría el que mas tiene, el que mas gana, aporta más a la comunidad. Las necesidades sociales deben ser contempladas no como carencias sino como valores sociales que hay que proteger, de los que uno de los principales es la salud.

La solidaridad se manifiesta en dos ámbitos: en el trabajo y en la familia. En el ambiente laboral, todo aquel que percibe un salario debe contribuir en forma proporcional a la atención a la salud de todos los trabajadores. Independientemente de su contribución, la atención deber ser igual para todos. En la familia, se trata que los jóvenes protejan a los viejos. Ya los viejos prestaron un servicio a la sociedad, a sus hijos, a sus cónyuges y a sus padres. Los hijos jóvenes solidariamente apoyan ahora a sus padres. Ya tendrán la oportunidad de ser protegidos cuando envejeczan. A esto se le ha llamado solidaridad intergeneracional.

C. La asignación de un presupuesto adecuado

La justicia distributiva, tiene una base moral y desemboca en un sustrato político. Este último debe mantenerse como el deber del estado de proteger la salud de los ciudadanos.

Si un gobierno asigna un porcentaje muy bajo del presupuesto federal a la salud, no se cumplirá con la equidad, ni con la eficacia a la que la población tiene derecho. Se puede intentar obtener el mayor provecho de un exiguo presupuesto, evitar dispendios y conseguir los mejores precios: la justicia no se habrá

cumplido.

Además de los postulados de la equidad, la eficiencia y la eficacia, la atención de la salud requiere un financiamiento adecuado, que se deriva de la decisión política de considerar la salud como un derecho prioritario, y un acto de justicia el atender este derecho. Países que no tienen altos ingresos han puesto su interés en la atención sanitaria, y han logrado abatir los índices de morbilidad y mortalidad en forma sustancial.

En los últimos decenios la nueva tecnología, los medicamentos costosos, la exigencia de los usuarios, han elevado los costos de la atención médica, y ha dificultado cada vez mas la distribución justa de los recursos para la salud. La atención integral a toda la población, a la que aspiraban los asistentes al foro de Alma Ata “Salud para todos en el año 2000”, se convirtió en un sueño imposible. Los países que, como una política de Estado, han decidido darle una alta prioridad a la salud, han logrado avances muy impresionantes en la atención médica. Otros están sufriendo en el último lustro un estancamiento de los servicios sanitarios, como consecuencia de políticas equivocadas, presiones externas, y problemas económicos. Tal es el caso de México y de muchos otros países latinoamericanos.

Las limitaciones para la atención sanitaria exige de parte del Estado la máxima eficiencia y eficacia en la adquisición de equipos, material de consumo, medicamentos, utilización de plazas, construcción de nuevas instalaciones; la organización, la planeación, dirección y realización de las políticas, programas y actividades deben estar basadas en el conocimiento realista de la situación de un país, de una región, de la comunidad que en ellos habita.

D. Eficiencia y eficacia

La *eficiencia* de una acción, de un método o de un programa se refiere a la relación entre su costo, y el beneficio que se obtiene. El costo se refiere no solamente al gasto financiero directo de la acción sino también al tiempo empleado, al sueldo del personal, su capacitación y a los gastos indirectos: electricidad, desgaste de equipos y otros. El beneficio suele medirse mediante datos positivos en relación con las personas afectadas: tiempo de curación, disminución de complicaciones, de mortalidad, de impacto en la salud de la población.

Un procedimiento es tanto mas eficiente, cuanto menos costoso resulta en relación con el beneficio que se obtiene.

La *eficacia* se relaciona con el logro del objetivo que se busca al aplicar un procedimiento determinado. Un examen de laboratorio es eficaz si es útil para determinar en un alto porcentaje de los casos el diagnóstico de un padecimiento. Un tratamiento es eficaz si cura o alivia los síntomas de una enfermedad en la mayoría de quienes la padecen. Un programa eficaz alcanza las metas que se propone.

La eficiencia y la eficacia pueden ser inequitativas. En efecto la distribución de recursos puede hacerse:

- a) dándoles más a los que más pueden beneficiarse de ellos y dejar al resto sin beneficios; o por el contrario,
- b) que los recursos lleguen por igual a todos los que los necesitan en forma equitativa, o en caso de desigualdad dar preferencia a aquellos que más lo necesitan, a los mas pobres y desfavorecidos.

Hace falta, tomar en cuenta las necesidades de los grupos de población, sus valores, sus capacidades y no basarnos solo en índices relacionados con los costos, o en cualquier criterio que resulta subjetivo o arbitrario.

La capacitación continua del personal de salud (administradores, prestadores directos de servicios) es indispensable para lograr la eficiencia y la eficacia que se busca.

E. Responsabilidades de los pacientes

La legislación se ha referido comúnmente a los derechos de los pacientes, pero no a sus deberes. Por eso sorprende gratamente que el artículo 77 bis 38 de la Ley General de Salud, aceptado en mayo de 2003, se refiera a las obligaciones de los beneficiarios. El cumplimiento de algunas de estas obligaciones es indispensable para que se cumpla con las normas bioéticas de la justicia distributiva. Se mencionarán algunas de estas con sus incisos correspondientes en la nueva ley: (140)

Artículo 77 bis 38 de la Ley General de Salud.

Obligaciones de los beneficiarios...

... IV.- Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud.

V.- Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse.

VI.- Cubrir oportunamente las cuotas familiares y reguladoras que en su caso se fijen.

IX.- Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento.

X.- Hacer uso responsable de los servicios de salud.

Desde luego que el cumplimiento de estos preceptos por la población exige de las autoridades capacitar a sus usuarios, a través de los medios de difusión idóneos. Si existe calidad en la atención, el público comúnmente responde a este tipo de recomendaciones que benefician a todos.

El paciente debe de percatarse que es corresponsable de su propia salud y actuar en consecuencia. La protección de su salud, la promoción de las medidas preventivas para él y para su familia debe sentir las como una responsabilidad. Procurará seguir las indicaciones de los profesionales que los atienden. Es su obligación seguir el tratamiento prescrito cuando la enfermedad es un riesgo para la comunidad: paludismo, tuberculosis, enfermedad venérea (p.ej. SIDA). Es su deber cuidar el prestigio de los profesionales, y de las instituciones de las que recibe atención, y reclamar cuando esta no es adecuada.

En resumen la bioética, como guardiana de la salud y la vida, debe estudiar los problemas de justicia distributiva no únicamente como una disciplina teórica, sino también en su aplicación práctica. Si una institución que ha sido sana se ve acosada por serios riesgos que afectan su bienestar y su productividad, es deber médico exigido por la bioética diagnosticar los primeros síntomas de su mal, para intentar prescribir los medios para su alivio.

Cualquier cambio en el sistema organizativo de una institución debe buscar consecuencias positivas. Los cambios regresivos son nefastos e implican siempre daños sociales. Por esto se requiere estudiar a fondo los factores que intervienen en cualquier decisión y el proceso que ha de seguirse para conseguir un objetivos.

Desde hace varios años, los clínicos se han visto comprometidos con intentar seguir las normas que implica la *medicina basada en evidencias*. Análogamente los políticos y directivos de las instituciones de salud deben establecer sus decisiones de acuerdo *con políticas de salud, basadas en evidencias*. Una definición de estas políticas podría ser en mi opinión la utilización conciente, explícita y juiciosa de la evidencia científica disponible respecto a la equidad, eficacia, eficiencia, universalidad, integralidad, accesibilidad de todos los aspectos relevantes de los servicios de atención a la salud (financiamiento, organización, regulación, aplicación, evaluación). Esta debía ser una obligación de ética democrática de los políticos y responsables públicos respecto a la ciudadanía.

Nosotros opinamos que esta es la forma de enfocar ética y bioéticamente la atención a la salud

El estudio del caso sobre el Instituto Mexicano de Seguro Social que se presenta en los capítulos quinto a séptimo no es únicamente un ejercicio aplicativo meramente académico de lo que se habrá descrito en las páginas precedentes. Pretende ser una exposición de la situación lamentable en que las autoridades han colocado a esta institución, apartándose de la misión para la que fue creada. Se presentarán los motivos por los que estos cambios negativos se están produciendo, en mi opinión, que sustentaré con hechos fehacientes. Expondré las soluciones que a mi juicio y al de otros autores pueden ser útiles para detener esta caída vertical que amenaza con quitarle a una parte del pueblo de México, uno de sus baluartes mas preciados.

REFERENCIAS

- (107) Sánchez- Vázquez A: Ética. Ed. Grijalvo. 42º Ed. 1994. pp 55-73.
- (108) Informe Beveridge: Citado por Mckeown T y Lowe Cr: Introducción a la medicina social. Ed. Siglo XXI. México, Madrid. 1984. pp. 271-2.
- (109) Toulmin S: How medicine saved the life of Ethics. *Perspective Biol Med.* 1982; 25: 736-750.
- (110) Emanuel F: Inequidades, bioética y sistemas de salud. En *Bioética y cuidado de la salud.* OMS-OPS. 2000. p 101-7.
- (111) Buchanan A: The right to a minimum of health care. En el informe de "President's Commission for the study of ethical problems in Medicine and biomedical and behavioral research. Vol II; 1983; pp 207-38.
- (112) Ponce de León AL: El derecho a la protección de la salud. En Cano-Valle F: *Salud y Derechos Humanos.* México CNDH. 1991/13 p 49-55.
- (113) Bullé-Goyri VM: El Derecho a la salud como un derecho humano. En Cano-Valle F. *Op.cit* pp 45-48.
- (114) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4º.
- (115) La Ley del Seguro Social Mexicano de 1973. p 528.
- (116) President's Comisión for the study of Ethical Problems in Medicine and Behavioral Research 1983. Vol. 1 Washington DC pp 93-2.
- (117) Daniels N: *Just Health Care.* Cambridge University Press. 1985. Cambridge. New York, Melbourne, Reimpresión 2001. p 2-3.
- (118) Berzosa AMC: La economía y la socialdemocracia en las sociedades avanzadas. En Fernández GT y Marín SM: *Estado de bienestar y social democracia.* Alianza Editorial. Madrid. 2002 pp.23-6.
- (119) Francés JA: Social democracia y globalización. En Fernández GT y Marín SM: *Op. cit.* 2002. p. 23-39.
- (120) Freire C. JM: El Sistema Sanitario Público. Perspectiva para el futuro. En Fernández GT y Marín SM. *Op. citada* pp 129-78.
- (121) Eguiagaray UJM: Las políticas socialdemócratas en un mundo globalizado. En Fernández GT y Marín SM: *Op. cit.* Pp 79-94.
- (122) Takala T: Justice for all? The Scandinavian approach. En Rhodes R. y cols: *Medicine and social justice.* Ed. Oxford U. P. 2002. pp 183-190.
- (123) Declaración Universal del Genoma Humano y de los Derechos Humanos. UNESCO. 1997. Artículos 17, 18 y 19.
- (124) Alonso OM, Turtulo PJL: *Instituciones de Seguridad Social.* 12ª Ed Civitas. Madrid. 1990. p. 31.
- (125) Declaración de Filadelfia de la Organización Mundial del Trabajo. (OIT). 1944.

- (126) Todd SJ: It is time for universal access not universal insurance. En Beauchamp TL y Walters LR: Contemporary Sigues in Bioethics 3ª Ed.. 1994 pp. 716-18.
- (127) Aristóteles: Etica Nicomaquea. Libro V-X, Ed. Sepan cuantos. México. p. 71.
- (128) Drane J F: El desafío de la equidad. Una perspectiva. En: Bioética y Cuidado de la Salud. Ed. OPS. Publicaciones 2000 p. 77.
- (129) Drane J F: Op. cit. p 78-84.
- (130) Veatch RM: The basic social contract and health care: En. Beauchamp and Walter LR. op. cit. 1994, pp. 689-95.
- (131) Braveman P, Gruskin S: Defining equity in health. J Epid Community Health. 2003; 57: 254-8.
- (132) White head M: The concepts and principles of equity in health. Int J health services. 1997; 22: 429-445.
- (133) Callahan D: La inevitable tensión entre la igualdad, la calidad y el derecho de los pacientes. En Bioética y Cuidados de la Salud. OPS-OMS. Publicaciones 2000 p 91.
- (134) Roemer J E: Distribución de la salud: asignación de recursos por una agencia internacional. En Nussbaum M. y Sen A: La calidad de vida. Ed. FCE. México. 1993 pp 437-59.
- (135) Seabright P: Comentarios a "La distribución de la salud". Asignación de recursos por una agencia internacional. En Nussbaum M y Sen A: Op. cit. Pp 460-4.
- (136) Sotelo-Monroy GE: Bioética, justicia distributiva y equidad en la planeación de los servicios de salud. En: Memorias del II Congreso Internacional de Bioética en México 2001. pp 199-206.
- (137) Harris J: One principle and three fallacies of disability studies. J of Medical Ethics 2001; 27: 383-7.
- (138) Koch T: Disability and difference balancing social and physical construction. J of Medical Ethics 2001; 27: 370-6.
- (139) Editorial: Ethics and the care of critically; ll infants and children. Pedritrics 1996; 98: 149-52.
- (140) Diario oficial. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. Artículos 77 bis 38 p 55. México 2003.

CAPITULO QUINTO

EL ROMPIMIENTO DE LA JUSTICIA DISTRIBUTIVA EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Introducción

El 22 de Enero de 1943 se creó en nuestro país el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Dicha institución surgió como respuesta a las necesidades de seguridad social de los trabajadores y sus familias. A lo largo de su desarrollo, las prestaciones y servicios de salud que otorga se fueron incrementando. En la actualidad es imposible hacer referencia al Seguro Social sin establecer una relación mental con la atención médica que brinda la Institución.

La seguridad social representó para los trabajadores y sus familias, uno de los logros mas importantes del movimiento revolucionario mexicano, en materia de política social. Con ello, se logró establecer la responsabilidad jurídica del Estado no solo en el campo de la salud, sino en todo el ámbito social (educación, vivienda, alimentación, etc.). Se trataba de mejorar las condiciones de la población y su bienestar. Los principios que fundamentaron la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social fueron los que ya se mencionaron en líneas anteriores respecto a la justicia distributiva: imparcialidad, equidad, solidaridad, la eficiencia y eficacia en la atención a la salud, la corresponsabilidad de las comunidades y de los pacientes, y la asignación de un presupuesto adecuado.

I Creación y Desarrollo del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En 1944 se inició en el Distrito Federal el “Régimen obligatorio”, y al cabo de 15 años se incorporaron en su totalidad los Estados de la República a este régimen. En la década de los años cincuenta se construyeron 70 hospitales y mas

de 300 clínicas; el Centro Médico Nacional (hoy siglo XXI) pasó a ser patrimonio del IMSS en 1961, y elevó la calidad de los hospitales del Instituto, que se convirtieron en el semillero de los mejores médicos especialistas del país. Así mismo la capacitación de personal empezó a cobrar gran relevancia y se extendió a enfermeras, administradores y trabajadores sociales. Además, la actividad académica de la institución permitió que los trabajos e investigaciones que se realizan en la institución le otorgaran un gran prestigio a la medicina mexicana.

En 1963 se creó el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, con la colaboración del IMSS, de la Organización de los Estados Americanos y de la Oficina Internacional del Trabajo. Al centro acudieron a capacitarse y compartir sus conocimientos funcionarios de salud de toda América. En los primeros 20 años se capacitó a 4217 alumnos en 162 cursos.

En 1973 se decidió prestar el servicio también a grupos de campesinos: henequeneros de Yucatán, tejedores de fibra de la región mixteca de Oaxaca, Puebla y Guerrero, así como ejidatarios del plan Chontalpa y de la Comarca Lagunera.

En 1979 se inauguraron 90 unidades de IMSS-Coplamar, con la idea de extender los beneficios de la institución a los grupos marginados que no pueden cotizar. Las unidades de IMSS-Coplamar (después IMSS-Solidaridad y hoy IMSS Oportunidades) dan atención de 10 a 11 millones de personas.

La importancia de la institución fue en ascenso a través del tiempo. De 1970 a 1983 diecisiete países en el mundo solicitaron los servicios médicos del IMSS, para atender a 1311 pacientes. Además, asistieron al país médicos extranjeros para realizar su especialización, y de 1980 a 1983 se adiestraron 875

médicos practicantes de todos los países de Latinoamérica.

Hoy en día, la atención a la salud de los habitantes del país se imparte principalmente en las instituciones de seguridad social y en las unidades de la Secretaría de Salud, que presta sus servicios a la población que no está asegurada.

El IMSS cubre a 41 millones de habitantes (sin incluir los atendidos por IMSS-Oportunidades), y doce millones más reciben atención de otras instituciones de seguridad social (ISSSTE, PEMEX, Secretaría de la Defensa, Secretaría de Marina).

En los últimos lustros el Instituto ha sufrido una disminución en el apoyo gubernamental en el área de atención a la salud. Esto ha coincidido con las políticas neoliberales que han guiado al gobierno federal en los sexenios a partir de la presidencia del licenciado Miguel de la Madrid, y el decremento en la calidad de la atención a la salud que presta la institución se ha exacerbado en el último decenio. ¿No es irónico que el presidente de la Madrid establece la constitucionalidad del derecho a la salud. (Artículo 4º), y las leyes reglamentarias correspondientes, y es él también quien inicia una política que ha ido en detrimento de la salud y de bienestar de la población?

La presión ejercida por las empresas transnacionales a través de las instituciones financieras como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, para privatizar las instituciones que dependen del Gobierno Federal, se ha hecho patente en las Instituciones de Seguridad Social. La resistencia de los trabajadores ha obligado a realizar cambios progresivos en una forma muy lenta, prácticamente a espaldas de la sociedad. Se ha explicado el deterioro del Instituto Mexicano del Seguro Social en base a problemas financieros que como veremos más adelante han sido creados por las mismas

autoridades. En 1995, en 2001 y en 2004 se realizaron cambios importantes en la legislación, que lejos de resolver la situación económica, han sentado las bases para el desmantelamiento de la institución y de su entrega a las organizaciones financieras internacionales.

El interés bioético de lo que está ocurriendo en el Instituto Mexicano del Seguro Social estriba en que cerca de la mitad de la población mexicana ha resultado afectada no solo en su salud sino en su bienestar social y económico, al tener que buscar, cuando le es posible, alternativas costosas para suplir las deficiencias de una institución que por justicia, por contrato y por ley, debía proporcionarle servicios de salud de alta calidad.

A mediados del año 2002, el Secretario de Salud, con los directores del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado presagiaron el colapso de sus instituciones, a menos que se tomen medidas que se apoyen en la privatización de los servicios. (141)

Mientras esto ocurre el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza de la Secretaría de Desarrollo Social informa que poco mas del 40% de los habitantes de la República Mexicana se encuentran por debajo de la línea de la pobreza (ingresos menores de 52 pesos al día por persona en el área urbana y 35 pesos en el área rural) (142), y que no menos de 20 millones de mexicanos se encuentran en pobreza extrema.

II La calidad de los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social

De 1995 a la fecha se han realizado algunas investigaciones sobre los problemas referentes a la calidad de la atención que se presta a los usuarios del Instituto. Cabe destacar que los resultados de estos estudios han sido publicados

en documentos oficiales del Instituto Mexicano del Seguro Social y solo comprueban lo que es ya un lugar común en la opinión de la población: las severas deficiencias de la atención médica en el Instituto.

A continuación se señalarán algunos datos informados en el “Diagnóstico del Instituto Mexicano del Seguro Social” (143) (1995), en los “Resultados de Encuestas Rápidas” (144) (Diciembre 1998), y en el capítulo “La salud y los servicios de salud en México” del Programa Nacional de Salud SSA. (2001) (145), para conocer el deterioro progresivo de la calidad de los servicios que presta el Instituto y el detrimento de la satisfacción de los derechohabientes.

A) Diagnóstico del IMSS (1995)

En el “Diagnóstico del IMSS (1995)” se anotan los problemas de los servicios de salud proporcionados por la propia institución. (143)

- Largas esperas para recibir la consulta.
- Diferimiento de estudios auxiliares de diagnóstico.
- Falta de medicamentos (sistema de abastecimiento insuficiente).
- Escasez y obsolescencia de equipos e insumos para el adecuado funcionamiento de las unidades.
- Falta de motivación del personal.
- Insatisfacción del usuario.
- Diferimiento de las intervenciones quirúrgicas.
- Saturación de las áreas de urgencias.
- Diferimiento de la consulta de especialidades.

B) Resultados de Encuestas rápidas (Diciembre 1998)

En encuestas realizadas por la Dirección General La Raza a directivos de clínicas de Medicina Familiar, a prestadores de servicio y a usuarios, se obtuvieron los siguientes resultados (144).

1- Opinión de Directivos de Medicina Familiar.

El tiempo que el médico le dedica en la consulta al derechohabiente es:

Insuficiente y muy escaso

(Delegaciones)

Hidalgo	0.7 %
Oriente	49.0 %
Poniente	3.4 %
1 Distrito Federal	52.0 %
2 Distrito Federal	35.8 %

La información que le dan al Derechohabiente sobre su estado de salud es:

Poco clara o ninguna

Hidalgo	7.1 %
Oriente	28.3 %
Poniente	6.8 %
1 Distrito Federal	68.1 %
2 Distrito Federal	28.1 %

¿Cómo le parece el equipo médico con que cuenta la unidad?

Viejo o muy viejo

Hidalgo	82.1 %
Oriente	65.2 %
Poniente	71.6 %
1 Distrito Federal	92.0 %

2 Distrito Federal 80.6 %

El tiempo que pasan los DH en la sala de espera es:

Largo o excesivo

Hidalgo 41.7 %

Oriente 55.0 %

Poniente 75.0 %

1 Distrito Federal 75.0 %

2 Distrito Federal 40.0 %

2- Opinión de Prestadores de Servicio

El tiempo que pasan los DH en las salas de espera para ser atendidos le parece:

Largo o excesivo

Hidalgo 74.9 %

Oriente 47.6 %

Poniente 64.3 %

1 Distrito Federal 60.0 %

2 Distrito Federal 16.7 %

El tiempo promedio que pasa desde que el médico especialista indica la necesidad de cirugía y la realización de esta es:

Largo o muy largo

Hidalgo 50.0 %

Oriente 62.5 %

Poniente 60.0 %

1 Distrito Federal 20.0 %

2 Distrito Federal --

En promedio ¿cuántas veces se suspenden las cirugías programadas?

	Ninguna	Una	Mas de una
Hidalgo	25.0 %	50 %	25 %
Oriente	0 %	42.5 %	57.1 %

Poniente	0 %	40 %	60.0 %
1 Distrito Federal	66.7 %	--	33.3 %
2 Distrito Federal	25.0 %	75 %	--

3- Opinión de usuarios

Cuando ha necesitado atención en urgencias ¿le ha resultado fácil obtenerla?

Pocas veces o nunca

Hidalgo	36.6 %
Oriente	22.1 %
Poniente	28.8 %
1 Distrito Federal	21.8 %
2 Distrito Federal	20.2 %

El tiempo que pasó desde el envío del médico familiar hasta la cita con el especialista fue:

Largo o muy largo

Hidalgo	45.8 %
Oriente	63.3 %
Poniente	26.0 %
1 Distrito Federal	46.4 %
2 Distrito Federal	28.5 %

El tiempo que pasó en la sala de espera por el especialista le pareció:

Largo o muy largo

Hidalgo	45.8 %
Oriente	65.6 %
Poniente	73.6 %
1 Distrito Federal	40.4 %
2 Distrito Federal	21.6 %

El tiempo que pasó desde que médico especialista le indicó la necesidad de operarlo hasta que se realizó su operación fue:

Largo o muy largo

Hidalgo	39.4 %
Oriente	60.0 %
Poniente	30.0 %
1 Distrito Federal	37.9 %
2 Distrito Federal	27.6 %

¿Le surten todos los medicamentos de su receta?

	Siempre	No siempre
Hidalgo	55.8 %	44.2 %
Oriente	39.5 %	61.5 %
Poniente	40.9 %	59.1 %
1 Distrito Federal	27.2 %	62.8 %
2 Distrito Federal	23.8 %	76.2 %

El tiempo que permaneció en la sala de espera le pareció:

Largo o excesivo

Hidalgo	52.7 %
Oriente	35.3 %
Poniente	60.6 %
1 Distrito Federal	40.6 %
2 Distrito Federal	35.9 %

C) El Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Basado en la Encuesta Nacional de Salud 2000, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 señala los siguientes datos referentes a la calidad de la atención de salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social: (145).

- Seis de cada diez personas reportaron no haber obtenido la atención que necesitaron con la rapidez esperada.
- Solo 64% de los usuarios de la seguridad social mejoraron en su estado de salud con la atención médica.
- 21% de los derechohabientes de la seguridad social acudieron como última fuente de atención ambulatoria a un médico privado.

III. Expectativas en la atención de salud de usuarios, prestadores de servicios y funcionarios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En contraste con los datos sobre la calidad real de los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, las encuestas realizadas a usuarios, prestadores de servicio y funcionarios del Instituto, así como las opiniones expresadas en diversos foros por los representantes de estos grupos de personas, nos llevan a concluir que sus expectativas son las siguientes:

A) Son expectativas de los usuarios: (146)

- Igualdad en el manejo médico de problemas similares.
- Fácil acceso a las instalaciones.
- Atención sin tiempos de espera prolongados ni diferimiento de sus citas.
- Trato de parte del personal de salud con interés y amabilidad.
- Tratamiento médico integral de sus problemas.
- Personal bien preparado y actualizado.
- Información adecuada.
- Dotación puntual de sus medicamentos.
- Alivio a sus molestias y curación de sus enfermedades.

- Tratamiento quirúrgico necesario oportuno y sin diferimientos.

B) Son expectativas de los prestadores de servicio (147)

- Contar con los medios para desarrollar sus actividades profesionales y ofrecer la mejor atención a los pacientes: equipo, materiales, medicamentos, tiempo suficiente.
- Poder de decisión necesario para aplicar sus habilidades en el lugar de trabajo.
- Salarios para llevar una vida digna sin presiones económicas, con estímulos que compensen el esfuerzo realizado.
- Oportunidades de capacitación, superación y reconocimiento de su trabajo.
- Participación en el establecimiento de normas y políticas de la institución donde labora.

C) Son expectativas de los funcionarios y coordinadores de los servicios

(147)

- Establecer el equilibrio financiero mediante la reconsideración de las aportaciones actuales de los trabajadores que reciben menos de 3 salarios mínimos y las cotizaciones de los patrones con empleados que perciban una cantidad mayor.
- Enfoque intersectorial del bienestar social tanto estatal como municipal. La coordinación entre sectores e instituciones es indispensable para evitar el dispendio de recursos, la duplicación de acciones y los vacíos de responsabilidad. La salud y el bienestar social son multifactoriales y así ser enfocados.

- Coordinación entre los organismos de regulación y los encargados de administrar y operar los servicios de seguridad social. Los primeros vigilarán y supervisarán los procesos, la protección de los consumidores y la evaluación de los resultados.
- Cambio de modelos organizativos piramidales al de redes más flexibles, con implementación de políticas y objetivos establecidos por la sociedad y conducidos por verdaderos gerentes sociales.
- Aplicación de una política de desarrollo del personal que satisfaga las expectativas del trabajador, su capacitación, su creatividad y su participación activa en la planeación, desarrollo y evaluación de los servicios.
- Establecimiento del servicio civil de carrera con educación continua, capacitación y actualización de los dirigentes.
- Consolidación de las políticas de descentralización y desconcentración en forma activa, gradual y con el fortalecimiento de los servicios a descentralizar.
- Consideración del costo-beneficio en programas y acciones, la supresión de los despandios y el empleo razonado de nuevas tecnologías, siempre en base a la atención de las necesidades de la población.
- Establecimiento de una cultura de calidad en la atención de salud a todos los niveles.
- Desarrollo de un sistema único de información en salud y seguridad social simplificado, oportuno y confiable.

- Extensión de cobertura, particularmente a grupos desprotegidos, a través de programas multisectoriales efectivos. Participación en la planeación organización y puesta en marcha de unidades del IMSS-Oportunidades o similares financiadas con recursos fiscales.

D) Resultados

La realidad es que las deficiencias del Instituto no se han corregido, y las expectativas de usuarios prestadores de servicio y directivos no se han cumplido, o lo han hecho en forma muy deficiente.

El gobierno de México en los últimos lustros se ha visto presionado por organismos financieros internacionales para desmontar las instituciones de seguridad social y entregarlas en manos privadas, como se verá en este trabajo. Esto ha impedido cualquier avance importante en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

IV Documentos que relacionan al Instituto Mexicano del Seguro Social con el Banco Mundial.

Los documentos del Banco Mundial y los del Instituto Mexicano del Seguro Social que a continuación se presentan fueron seleccionados por el autor de esta tesis entre una gran cantidad de escritos e informes entregados a la Comisión Investigadora del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Cámara de Diputados. Además del libro “Invertir en Salud” del Banco Mundial (1993), son de particular importancia el Convenio de Préstamo (Loan Agreement) del 14 de septiembre de 1998, firmado por el Presidente del Banco Mundial y el representante del ejecutivo federal de México; son también relevantes el documento “Préstamo para Asistencia Técnica”, del Banco Mundial (1998), y el libro editado por el mismo Banco: “México, A Comprehensive Development

Agenda for the New Era”. (México, una agenda de desarrollo integral para la nueva era de 2000).

El Instituto Mexicano del Seguro Social por su parte ha realizado una serie de acciones que siguen las recomendaciones del Banco Mundial, que están descritas en los documentos ya mencionados, y en otros muchos más entre los que destaca el publicado por la Dirección General del Instituto Mexicano del Seguro Social 1999: Areas Médicas de Gestión Desconcentrada.

De todos estos documentos del Instituto, se hará a continuación un análisis en el que se expondrán los pasos que han dado las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social para acatar las ordenes del Banco Mundial, a espaldas del pueblo de México con gran perjuicio para su bienestar.

En la última sección de este capítulo se expondrán y analizarán las Reformas a la Ley del Seguro Social que se realizaron en 1995, en 2001 y en 2004, reformas que han pavimentado el camino para el desmantelamiento de una de las mas importantes instituciones de la República Mexicana creadas en el siglo XX.

A) Recomendaciones del Banco Mundial

1.- El Banco Mundial recomienda la eliminación gradual de las subvenciones públicas a los grupos en mejor situación económica. En los países como México, en los que solo una parte de la población está cubierta por el seguro social, los gobiernos pueden aumentar el grado en que los servicios de salud se autofinancian, mediante la eliminación de las subvenciones públicas a dicho seguro. (Invertir en salud. Banco Mundial 1993) (148).

2.- El Banco recomienda otorgar a los consumidores la posibilidad de escoger la institución que les preste el servicio. La competencia entre los

proveedores de un conjunto claramente especificado de servicios de salud, pagados por anticipado mejoraría la calidad de los mismos y fomentaría la eficiencia. (Invertir en salud. Banco Mundial 1993) (149).

3.- El Banco sugiere el fomento de los métodos de pago que permitan controlar los costos. En los casos en que los asegurados usen proveedores privados, los sistemas de pago de honorarios por servicios prestados deben sustituirse por otros, como el de la capitación (por cada individuo), o los honorarios uniformes negociados anualmente para los médicos y hospitales (basados por ejemplo en grupos de “procedimientos relacionados por diagnósticos”). Cuando el seguro social cubra servicios prestados por hospitales públicos, la eficiencia puede aumentar mediante la competencia con el sector privado. Otros métodos prometedores son el de permitir que los hospitales públicos compitan entre sí, como empresas semiautónomas. (Invertir en salud. Banco Mundial 1993) (149).

B) Loan Agreement (Acuerdo de Préstamo) IMSS – Banco Mundial.

En 1998, por gestiones del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Gobierno Federal tramitó un préstamo por 700 millones de dólares con el Banco Mundial para establecer el Programa de Reformas al Sistema de Salud recomendado por el propio Banco (150) y por 25 millones mas para asesoría técnica en el establecimiento de ese Programa (Préstamo para Asistencia Técnica). El Préstamo fué condicionado a que el Instituto Mexicano del Seguro Social cumpliera con las políticas señaladas por el Banco Mundial, a satisfacción del propio Banco, (Loan Agreement sept.14,1998). Entre esas políticas destacaron:

- La separación de las áreas de financiamiento y las de la atención médica.

- Alentar el financiamiento y la oferta privadas de seguros.
- Alentar la prestación de servicios clínicos por el sector privado.

El Instituto Mexicano del Seguro Social tuvo que seguir entonces, una serie de acciones con el objeto de cumplir con las recomendaciones del Banco Mundial, condición expresa para recibir en los siguientes años la parte del préstamo que aún no le había sido otorgada.

En una primera fase se sentaron las bases y se afinaron los mecanismos para que las compañías privadas aseguradoras de salud se hagan cargo en un futuro cercano de una parte de la población trabajadora. El Instituto ha creado ya 7 *Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada*, con autonomía presupuestaria, de las que dependen por ahora 30 zonas, las que darán paso a las Organizaciones Administradoras en Servicios de Salud (OASS) privadas o ISES (Instituciones de Seguros Especializadas en Servicios de Salud), que competirán por las cuotas y los derechohabientes (151). La estructura de Regiones y Zonas del IMSS se está llevando a cabo en base a las *Health Maintenance Organizations* (Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud), empresas internacionales que manejan la atención de la salud. El Instituto está estableciendo los sistemas de “capitación” y de los “grupos relacionados por diagnóstico” que utilizan las compañías aseguradoras en otros países, y que servirán para fijar las primas y co-pagos que deben establecerse en las diferentes regiones de la República. Para esto cuenta con el apoyo técnico del Banco Mundial (152).

La ingerencia del Banco Mundial en las instituciones de México a las que han hecho préstamos, el Instituto incluido en primer término, es cada vez mas estrecha y cotidiana, como lo señala el propio Banco. “Tanto personal como autoridades con capacidad de decisión del Banco se han puesto en mayor

contacto con los clientes. Departamentos de tres países se han organizado en siete unidades de gestión, que han permitido a sus directores un trabajo mas cercano y responsable con menor número de clientes. Tres directores y algunos grupos de proyecto se han establecido en las regiones (Brasil, México y el Cono Sur). Esta medida ha facilitado el trabajo de equipo, el manejo colegiado y la responsabilidad conjunta de las operaciones”. (153)

“Para incrementar la participación de los países deudores y beneficiarios con el trabajo del Banco, existen nueve misiones residentes (en México y en otros países), que cuentan con personal del Banco dedicado a trabajar con los equipos locales y comunitarios”. (154)

Muy probablemente la entrega de la atención médica a las administradoras privadas de salud se limitará durante un tiempo a los que pueden pagar el seguro privado, o sea al 28% de los cotizantes que gana mas de 3 salarios mínimos. El Instituto dejará de percibir las cotizaciones de los que más ganan, y depauperado, tendrá que seguir dando servicios de salud al 72% restante de los trabajadores, en mayor detrimento de la calidad de su atención.

Si así ocurre (y no se vislumbra por ahora un cambio en la política gubernamental que nos haga pensar que no ocurrirá), desaparecería así la solidaridad, base de la operación del Instituto, según la cual los trabajadores que mas ganan aportan una cantidad mayor que los que perciben menos, y seguramente traerá como consecuencia para los trabajadores y sus familiares:

- Inequidad y elitismo en la atención. Sería de buena calidad y completa únicamente para el grupo limitado de asegurados que puedan pagar el seguro de atención médica integral a las Instituciones privadas especializadas en Servicios de Salud.

- Atención médica limitada a una lista restringida de padecimientos con reducción de exámenes de diagnóstico y tratamientos.
- Aumento de la morbilidad y mortalidad de la población protegida actualmente por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
- La limitación cada vez mayor del derecho a la protección de la salud como un Derecho Humano.

La reforma de 1995 a la Ley del IMSS como se verá en este capítulo, manifestó la política de restricción del gasto social que señalan las recomendaciones del Banco Mundial. Si la asignación de los recursos para la salud se realiza con grandes restricciones por presiones de las empresas, de las instituciones financieras internacionales y con la decisión política de los gobernantes, se va a caer en la mas abyecta de las injusticias. La Ley aceptada en 1995 y puesta en vigor a mediados de 1997, fue el resultado de una amañada contabilidad, y de un imperdonable engaño a la sociedad. En efecto, en ese año, el Instituto se declaró prácticamente en quiebra por lo que “se vio obligado” a entregar a las empresas privadas (Afores) el capital proveniente del rubro de Pensiones. En el área de la salud, que tenía también números rojos, lo que se hizo fue asombroso: disminuir el aporte de los empresarios y de los trabajadores para ese rubro. Según la Ley el gobierno se haría cargo de la diferencia. Desde luego en mi opinión, es imposible explicar esta absurda paradoja. Si la cotización de obreros y empresarios no era suficiente para cubrir las necesidades de salud de los cotizantes y sus familiares ¿Por qué se disminuyó su aportación? El gobierno no ha podido o no ha querido, contribuir con la diferencia. El hecho es que esta disminución ha afectado, como era de esperarse la calidad de la atención médica.

C) Préstamo para Asistencia Técnica del Banco Mundial.

Unido al Acuerdo de Préstamo descrito, el Instituto Mexicano del Seguro Social aceptó en 1998 un préstamo para asistencia técnica de 25 millones de dólares. El documento respectivo señala los lineamientos de este préstamo, que para ser sostenido incluye:

* La organización de una Unidad de Coordinación del proyecto. Esta unidad será pequeña, *e integrada dentro de la estructura regular del IMSS* con el apoyo de consultores especializados y sueldo a cargo del Préstamo de Asistencia Técnica del Banco Mundial. La Unidad de Coordinación del Proyecto residirá dentro de la estructura normal del Instituto. Ayudará a la coordinación total y el desarrollo de la Reforma. Incluye un sistema de seguimiento y evaluación muy sólido e independiente mantenido por expertos externos. Se formará un grupo asesor para intercambiar puntos de vista con el Instituto Mexicano del Seguro Social, sobre los procesos de reforma. Este grupo estará formado por miembros del Instituto Mexicano del Seguro Social y expertos internacionales reconocidos en el área de la salud, y se reunirán periódicamente para revisar y discutir los progresos de la Reformas del Instituto Mexicano del Seguro Social (155).

* La unidad de coordinación del proyecto se encargará de ver que se cumplan las siguientes acciones:

- Separación del financiamiento y la atención al paciente.
- Capacitación para la administración de los servicios de salud, esquemas de pagos a proveedores alternativos y contabilidad de costos.
- Establecimiento de sistemas de capacitación por riesgo ajustado por servicio proporcionado.

- Mejora de la eficiencia con modernización del equipamiento y su ajuste de servicios como resultado de introducir la competencia.

“Esto permitirá al Instituto mejorar su eficiencia y adaptar su capacidad de producir para entrar a un mercado donde la demanda se espera que se desvíe significativamente como un resultado de las opciones de prestación directa e indirecta” (155).

Lo señalado en el documento no tiene desperdicio: se trata de la entrega progresiva del Instituto Mexicano del Seguro Social a manos privadas, clasificando a los enfermos según sus riesgos, para fijar las cuotas que la empresa debe cobrar, modernizar el material y equipo del Instituto para que convenga adquirirlo y capacitar a su personal administrativo en las reformas por venir.

D) México, una agenda de desarrollo integral para la nueva era.

La puesta al día de las recomendaciones del Banco Mundial se inscriben en el libro editado por el Banco en 2000: México, A Comprehensive Development Agenda for the New Era. En él se señala que el Instituto Mexicano del Seguro Social ha realizado ya esfuerzos para mejorar su eficiencia, su descentralización, su reversión de cuotas (las empresas que lo deseen pueden dejar de cotizar al Instituto y contratar servicios médicos privados y subrogación de servicios: el Instituto contrata servicios privados: guarderías, hemodiálisis, atención hospitalaria. Estos esfuerzos, señala el Banco Mundial, se deben ahora enfocar en cuatro áreas (156).

1. Subrogar los servicios complementarios.
2. Contratar mayor número de servicios de atención a la salud al sector privado.

3. Derivar a las Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES), la administración de los seguros de salud, iniciando este programa con la atención de primer nivel, y extendiéndolo después a clínicas de especialidades y hospitales de segundo y tercer nivel.
4. Considerar la participación y cooperación directa de la institución con hospitales privados.

Estas acciones, dice el Banco Mundial, deben realizarse antes de 2005, y consolidarse los siguientes 5 años.

Sobre todas estas recomendaciones, el presidente del Banco Mundial declaró en septiembre de 2003 que “México ha sido un alumno cumplido” (157).

E) Documentos del Instituto Mexicano del Seguro Social

En varios documentos oficiales del Instituto, que se señalan en el texto, se describen una serie de programas y acciones específicas en los que se manifiestan las medidas que se están tomando para seguir las indicaciones del Banco Mundial. Varios de estos documentos van dirigidos directamente al Banco, o constituyen acuerdos con esa institución.

“Las empresas que contratan personal con salarios mínimos podría resultarles conveniente hacerse cargo del seguro médico o contratar el servicio de un seguro privado en lugar del Instituto Mexicano del Seguro Social”. (143)

En el Convenio de Préstamo del Banco Mundial con el Instituto Mexicano del Seguro Social se señalan los siguientes puntos: (150)

* El Banco Mundial recibió el 20 de mayo de 1998 una carta en la que el Instituto Mexicano del Seguro Social describe el programa de acciones, objetivos y políticas establecidas para, conseguir la reestructuración y desarrollo del

sistema de otorgamiento de los servicios y los seguros de salud, declarando su compromiso en la ejecución del Programa y solicitando la ayuda del Banco en apoyo del programa durante su ejecución.

* El Instituto Mexicano del Seguro Social ha establecido y está operando una base de datos de beneficiarios del Instituto Mexicano del Seguro Social que sirva como mecanismo para administrar y monitorear a elección por parte de los beneficiarios del proveedor de servicios médicos.

* El Instituto Mexicano del Seguro Social ha preparado una estrategia para que los beneficiarios puedan elegir el área médica de la cual obtendrán servicios médicos.

El Instituto Mexicano del Seguro Social esta instrumentando acuerdos de gestión con 30 áreas médicas en las que la asignación se está haciendo a través de mecanismos de capitación ajustada al riesgo. El Instituto Mexicano del Seguro Social presentó al Banco una evaluación de su experiencia respecto a la instrumentación de los acuerdos de gestión. (150)

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha firmado y está realizando acuerdos con por lo menos cinco de sus hospitales de Especialidades, a los que el Instituto Mexicano del Seguro Social asigna recursos en base a los diagnósticos relacionados u otros mecanismos de clasificación de los pacientes. (150)

F) Areas médicas de gestión desconcentrada.

En el documento Areas médicas de Gestión Desconcentrada de 1999, (151) se anota:

El Instituto Mexicano del Seguro Social está llevando a cabo estudios, diseños e instrumentación de un sistema de clasificación de pacientes para el manejo clínico y mecanismos de pago.

Se busca establecer los mecanismos para alcanzar la autosuficiencia local, delegacional y regional.

Se tiene como objetivo la concentración de acuerdos con 3 delegaciones, mismas que en un plan piloto transferirán gradualmente a las áreas elegidas determinados procesos. (152).

De acuerdo con las indicaciones del Banco, en 2003 y 2004 se inició la creación de las Unidades Médicas de Alta Especialidad, hospitales independientes con autonomía operativa, que tiene una junta de Gobierno como autoridad superior, conservando el Consejo Técnico del IMSS la autoridad normativa. Se han autorizado hasta agosto de 2004, veinte unidades médicas de alta especialidad, las que iniciaron el segundo semestre del año sus procesos licitatorios en forma independiente de las delegaciones del sistema (158).

Cumpliendo también con las recomendaciones específicas del Banco Mundial, se ha incrementado durante los dos últimos años la subrogación de servicios complementarios, como los de laboratorio, bancos de sangre y servicios privados de hemodiálisis, estos últimos de muy alto costo. (159).

V REFORMAS A LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.

La Ley del Seguro Social ha sufrido modificaciones importantes en 1995, en 2001 y en 2004, todas ellas dirigidas a abrir el camino a las recomendaciones del Banco Mundial, tendientes a la progresiva privatización del Instituto Mexicano del Seguro Social.

A continuación se anotarán los cambios que a nuestro juicio, son los mas relevantes:

De acuerdo con la nueva ley, los trabajadores que ganan menos de tres salarios mínimos (que son el 72 % de los trabajadores) dejan de cotizar en el

rubro de enfermedades y maternidad. En 1997 por este motivo el Instituto dejó de percibir 5000 millones de pesos.

Las medidas son absurdas si se considera que el cambio de la Ley fue aparentemente provocado por un déficit en los ingresos de la institución, déficit que aumentó con la aplicación de la norma.

El objetivo del cambio es evidente. No se trataba de solucionar un problema (que pudo o no haber sido real) sino de crear una situación que a mediano plazo justifique la entrega del Instituto Mexicano del Seguro Social a la iniciativa privada.

A) Reformas de 1995 a la Ley del Seguro Social y su consecuente disminución de ingresos en el rublo de Enfermedades y maternidad.

En 1995 las autoridades del IMSS se declararon en crisis financiera, y la legislatura aprobó un conjunto de medidas que agravó la supuesta crisis, con el propósito de facilitar las reformas recomendadas por el Banco Mundial. (Ver Tabla 1, pag. 125).

Compárense las diferencias de la legislatura antes y después de 1995. El subrayado es nuestro.

Ley del Seguro Social 1973	Ley del Seguro Social 1995
<p>Artículo 114.- A los patrones y a los trabajadores les corresponde cubrir para el seguro de enfermedad y maternidad las cuotas que señala la siguiente tabla:</p> <p><u>Los patrones y trabajadores</u> .</p> <p>incorporados al sistema de porcentaje sobre salario, conforme al artículo 47 de esta ley, cubrirán las cuotas de <u>5.625 por ciento y el 2.25 por ciento sobre el</u></p>	<p>Artículo 106 - Las prestaciones en especie del seguro de enfermedad y maternidad se financiarán en la forma siguiente:</p> <p>I- Por cada asegurado se pagará mensualmente <u>una cuota diaria patronal</u> equivalente al trece punto nueve por ciento de un salario</p>

salario base de cotización respectivamente.....

Artículo 115- En todos los casos en que no esté expresamente prevista por la ley o decreto la cuantía del Estado para el seguro de enfermedades y maternidad, será igual al veinte por ciento de las cuotas patronales.

Distrito Federal.

II. Para los asegurados cuyo salario base de cotización sea mayor a tres veces el salario mínimo general diario para el Distrito Federal, se cubrirá además de la cuota establecida en la fracción anterior una cuota adicional patronal equivalente al seis por ciento y otra adicional obrera del dos por ciento, de la cantidad que resulte de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el salario mínimo citado, y

III. - El Gobierno Federal cubrirá mensualmente una cuota diaria por cada asegurado, equivalente a trece punto nueve por ciento de un salario mínimo general para el Distrito Federal, a la fecha de entrada en vigor de esta Ley, la cantidad inicial que resulte se actualizará trimestralmente, de acuerdo a la variación del Índice Nacional de precios al Consumidor.

La disminución de las cotizaciones de los obreros no termina ahí. El artículo transitorio décimo noveno señala:

Artículo décimo noveno transitorio:

Las tasas a las que se refiere la fracción segunda del artículo 106 se reducirán el primero de julio de cada año en cuarenta y nueve centésimas de punto porcentual, la que corresponde a los patrones y en dieciséis centésimas de punto porcentual la que corresponde pagar a los trabajadores. Estas modificaciones comenzarán en el año de 1998 y terminarán en el año de 2007.

En esta última fecha prácticamente ningún obrero, cualquiera que sea su salario, cotizará al IMSS por el rubro de enfermedades y maternidad. ¿Pensarán los promotores de esta Ley que de esa manera los obreros no podrán exigir ningún tipo de atención a su salud ya que su contribución en ese rubro es prácticamente nula? ¿Crearán que en 2007 todos los derechohabientes del IMSS tendrán un seguro de salud integral que habrán adquirido de una institución privada? ¿O se trata solo de una inconsciente obediencia a las órdenes del Banco Mundial que espera el pronto desmantelamiento de una institución cuya existencia es contraria a los designios globalizadores neoliberales?.

Es incoherente que se espera que en el rubro de salud (enfermedades y maternidad) desaparezcan las aportaciones de los cotizantes trabajadores, una de las bases fundamentales del financiamiento del Instituto.

TABLA 1

APORTACIONES MENSUALES DE TRABAJADORES Y EMPRESARIOS COTIZANTES DEL INSTITUTO SEGÚN LOS CAMBIOS A LA LEY VIGENTE DESDE 1997.

TRABAJADORES

PROMEDIO DE COTIZACION

AÑO	LEY ANTERIOR	LEY 1997	DIFERENCIA DE PROMEDIOS	RELACIÓN PORCENTUAL COTIZACION ACTUAL / COTIZACION ANTERIOR
	PESOS MENSUALES	PESOS MENSUALES	PESOS MENSUALES	
2001	122.5	25.6	96.9	20.9 %
2002	145.2	40.7	104.5	28.0 %

EMPRESARIOS

2001	387.9	334.4	53.5	86.2 %
2002	406.7	324.5	82.2	79.7 %

FUENTE: Anexo Informe Presidencial 2002.

Las aportaciones mensuales de los trabajadores y de los empresarios del Instituto han disminuido a partir de la Ley de 1997. Ese año el Instituto dejó de percibir once mil millones de pesos por este motivo. El año 2002, se perdieron 27,708 millones de pesos por la disminución de las cuotas obrero patronales establecidas por la nueva ley.

B) Nuevas reformas a la Ley del IMSS de 2001.

Reforma de 2001 a la Ley del Seguro Social de 1995.

Ley de 1995	Ley de diciembre 2001
<p>Artículo 5.-.... organismo fiscal autónomo cuando así lo prevea la presente Ley.</p> <p>Artículo 271.- (se deroga el artículo que señala las atribuciones de los Consejos Consultivos Regionales).</p> <p>Artículo 280.- (Se deroga el artículo que establece que las reservas deberán invertirse en valores a cargo del Gobierno Federal...)</p>	<p>Artículo 5.-... organismo fiscal autónomo.</p> <p>Artículo 271.- El Instituto contará con todas las facultades que ese código (fiscal) confiere a las autoridades Fiscales en él previstas las serán ejercidas de manera ejecutiva por el Instituto sin la participación de ninguna otra autoridad fiscal.</p> <p>Artículo 277 H.- Los ingresos y gastos de cada ramo de seguros a que se refiere esta Ley solo podrán utilizarse para cubrir las prestaciones y pago de beneficios y constitución de reservas que correspondan a cada uno de ellos.</p> <p>Artículo 280.- El Instituto constituirá las siguientes reservas conforme a lo que establece este Capítulo. I.- Reservas operativas. II.- Reserva de Operación Para Contingencias y Financiamiento. III.- Reservas Financieras y Actuarias; y IV.- Reserva General Financiera y Actuarial.</p>

<p>Artículo 281.- (Se deroga el artículo que señala que el instituto depositará en instituciones de crédito del país las cantidades necesarias para hacer frente a sus obligaciones inmediatas).</p>	<p>Artículo 281.- Se establecerá una Reserva Operativa para cada uno de los siguientes seguros y coberturas. I.- Enfermedades y Maternidad. II.- Gastos médicos para Pensionados.</p>
<p>Artículo 283.- (Se deroga el artículo que señala que los diversos ramos de aseguramiento se registrarán contablemente por separado y cubrirán las prestaciones y reservas que correspondan a cada uno de los respectivos seguros).</p>	<p>Artículo 283.- <i>La Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento se constituirá incrementará o reconstituirá hasta representar sesenta días de ingreso promedio global del año anterior.</i></p>
<p>Artículo 111 A...</p>	<p>Artículo 111 A.- El Instituto (para) realizar anotaciones y certificaciones relativas a la atención a la salud de la población derechohabiente <i>podrá utilizar medios escritos, electrónicos, magnéticos, ópticos, o magneto-ópticos para integrar un expediente clínico único para cada derechohabiente en las unidades médicas o en cualquier otra instalación que determine el Instituto.</i></p>
<p>Artículo 264.- El Consejo Técnico Tendrá las atribuciones siguientes: ...</p> <p>VII.- Expedir el reglamento de reversión de cuotas para los seguros que expresamente establece esta Ley.</p>	<p>Artículo 264.- El Consejo Técnico Tendrá las atribuciones siguientes: ...</p> <p>VII.- Autorizar la celebración de convenios relativos al pagos seguros que de cuotas <i>pudiendo delegar esta facultad a las unidades administrativas que señale el reglamento interior, así como emitir las disposiciones de carácter general sobre reversión de cuotas para los seguros que expresamente establece esta Ley.</i></p>

La creación de las Reservas Financieras “en cada ramo de aseguramiento” afectará el presupuesto asignado a la salud, que ha sido frecuentemente deficitario, y lo será mas cuando de ese presupuesto se reste lo que representa sesenta días de ingresos, promedio global del año anterior.

Los cambios aprobados, entre otras cosas, pretende disminuir los ingresos reales del ramo de enfermedades y maternidad que hubiesen requerido un apoyo financiero para sus gastos de operación, construcción de nuevas instalaciones, creación de nuevas plazas, presupuesto para medicamentos y material de consumo. Esta increíble disminución, sin duda pretende aumentar el descontento que existe ya con la Institución y propiciar la entrega progresiva de la atención a la salud a terceros administradores (ISES) o a manos privadas directas para facilitar aún mas este programa. La reforma establece la creación de cédulas individuales para todos los derechohabientes y de expedientes clínicos electrónicos, que requerirán una inversión considerable. Por otro lado de representa a demás un riesgo elevado para la confidencialidad de los datos de las derechohabientes, norma elemental de la bioética. Desde luego serán muy útiles a las compañías de seguros para conocer los “diagnósticos relacionados” y fijar las cuotas por “capitación ajustada al riesgo”, criterios que utilizan las nuevas empresas aseguradoras privadas de atención integral de la salud. Se logrará así la base de datos, que ya recomendaba el Banco Mundial desde 1998.

La reforma facilita también que los servicios de salud se otorguen por unidades privadas mediante la reversión de cuotas, al delegar la facultad de autorizarlas a las unidades administrativas que señala el reglamento interior.

La nueva Ley tiene también otros efectos que benefician a los empresarios “para estimular la inversión” y en nada benefician a los trabajadores en activo ni al Instituto, como son las que inscriben en los Artículos 40 C (concesión a los

patrones por el pago de adeudos hasta por 48 meses), Artículo 62 (disminución de la prima a cubrir por el seguro de riesgos de trabajo) y Artículo 210 (desaparición legal de los centros de readaptación al trabajo).

C) Los cambios en la Ley del Seguro Social en 2004.

El día 4 de agosto de 2004, se aprobaron en el Senado de la República los cambios a los artículos 277 D y 286 K de la Ley del Seguro Social, que se señalan.

Reformas a la Ley del Seguro Social en 2004.

Reforma al artículo 277 D. El Consejo Técnico solamente podrá crear, sustituir o contratar plazas con sujeción a criterios de productividad, eficiencia y calidad de servicio, así como el aumento de la recaudación, siempre y cuando cuente con los recursos aprobados en su respectivo presupuesto para dicha creación, sustitución o contratación de plazas, y aquellos indispensables para cubrir el costo anual y sus repercusiones. Independientemente de lo anterior, para crear, sustituir o contratar plazas que deberán depositar en el fondo a que se refiere el artículo 286 K de esta ley, los recursos necesarios para cubrir los costos futuros derivados del régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP), a fin de que todo momento se encuentre plenamente financiado.

Artículo 286 K. El instituto administrará y manejará, conforme a los lineamientos que emita el Consejo Técnico, un fondo que se denominará Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual, con objeto de disponer de los recursos necesarios en el momento de la jubilación de sus trabajadores. El Consejo Técnico aprobará las reglas del referido fondo a propuesta del director general, quien deberá escuchar previamente la opinión y lineamientos de la S.C.H.P. El manejo del fondo deberá tomar en consideración las políticas y lineamientos que la administración pública federal aplica en la materia.

El fondo deberá registrarse en forma separada en la contabilidad del Instituto, estableciendo dentro de él una cuenta especial para RPJ de los trabajadores del Instituto. Los recursos que se afecten en dicho fondo y cuenta especial sólo podrán disponerse para los fines establecidos en

este artículo.

El instituto, en su carácter de patrón, no podrá destinar a este fondo, para el financiamiento de la cuenta especial del RPJ, recursos provenientes de las cuotas a cargo de los patrones y trabajadores establecidos en la Ley del Seguro Social. Tampoco podrá destinar recursos para dicho fin, son a cargo de las contribuciones, cuotas y aportaciones que, conforme a la Ley del Seguro Social, son a cargo del Gobierno Federal; ni de las reservas a que se refiere el artículo 280 de esta ley o de los productos financieros que de ellas obtengan.

ARTICULOS TRANSITORIOS

Primero. El presente decreto entrará en vi gor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo. Los trabajadores, jubilados y pensionados del Instituto que ostenten cualquiera de esas condiciones hasta antes de la vigencia del presente decreto, seguirán gozando de los beneficios otorgados por el RJP, y el contribuyendo a dicho régimen en los términos y condiciones practicadas hasta antes de la entrada en vigor del presente decreto, sin perjuicio de las modalidades que llegasen a acordar las partes. Para ello, el Instituto aportará las cantidades que correspondan, contenidas en su respectivo presupuesto, en los términos del artículo 276 de la Ley del Seguro social, con cargo a las cuotas, contribuciones y aportaciones que, conforme a dicho ordenamiento, debe recaudar y recibir.

Tercero. Para dar debido cumplimiento al artículo 277 D de este decreto, el Instituto elaborará los estudios actuariales y los comunicará a la presentación de los trabajadores. Asimismo, deberá comunicar los resultados de esos estudios al Congreso de la Unión en el informe a que se refiere el artículo 273 de la Ley del Seguro social.

Según esta Ley, las nuevas generaciones de empleados del IMSS, cuando se jubilen, no recibirán ningún recurso del estado o de sus patrones. Esto ocurrirá dentro de 28 años, por lo que las medidas no producen ningún efecto beneficio financiero inmediato al Instituto, que es la justificación de estas reformas o así le hicieron creer al público (160) (161).

A mi juicio la reforma viola el principio de igualdad señalado en la constitución: a trabajos iguales corresponden iguales prestaciones; a partir de ahora a este respecto habrá dos grupos de empleados en el IMSS: los que están trabajando, quienes seguirán recibiendo el mismo monto de las jubilaciones anteriores, y los que a partir de ahora ingresen a trabajar, cuyas jubilaciones se verán disminuidas, sin la participación del estado, ni de los empresarios (162).

La nueva Ley atropella también la Ley Federal del Trabajo, al ordenar decisiones a espaldas de los trabajadores y de sus representantes.

La campaña que las autoridades promovieron a través de los medios de difusión antes de presentar el proyecto de reforma desvió la atención de la población sobre las verdaderas causas de las deficiencias del Instituto, y terminó por atribuir las a los propios trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social y a abusos del Sindicato (162).

Si actualmente hay mas de 15 millones de cotizantes, es difícil concebir cómo el pago de las pensiones de 107,000 jubilados del Instituto (de las que solo el 58% son empleados que reciben pensión por años de servicio) pueda alterar el otorgamiento de una buena atención médica a los derechohabientes. En efecto, las tres fuentes de financiamiento del régimen de jubilaciones y pensiones asciende en 2004 a 6.7 mil millones de pesos (MP) (1,580 MP de la aportación de los trabajadores, 4,545 MP de la aportación del Gobierno Federal y 574 MP de la aportación patronal). Esta cantidad representa tan solo el 3.6% del presupuesto de ingresos del Instituto Mexicano del Seguro Social en 2003, que fue de 184 mil millones de pesos (163), y que bien puede reponerse incrementando las cuotas obrero patronales injustamente rebajadas desde 1997, suprimiendo o disminuyendo las “reservas financieras” del Instituto o aumentando la aportación federal.

VI Deficiencias del IMSS de 1995 a la fecha

Las deficiencias en la atención médica, conocidas y señaladas por las autoridades, requerían ser atendidas. Además el crecimiento de la población derechohabiente (Tabla 2) debió alertar a la Institución sobre la necesidad de un crecimiento similar en instalaciones, personal e insumos.

Sin embargo, esto no ha ocurrido hasta la fecha; las deficiencias en cada uno de los rubros mencionados persisten, y la población derechohabiente recibe un servicio cada vez mas deficiente, como consecuencia de la política tendiente a:

- a) Mantener el mismo número de instalaciones: clínicas, hospitales, camas de hospitalización quirófanos. (Tablas 3 y Gráfica 1).
- b) Mantener el desabasto en medicamentos y material de consumo.
- c) No incrementar el número de plazas del personal de salud de acuerdo a necesidades. (Tabla 4 y Tabla 5).
- d) Mantener el deterioro del poder adquisitivo de los salarios del personal.

De 1994 a 1995 ocurrió un descenso del 5% en el número total de asegurados del Instituto, (de 11.5 millones a 10.9 millones), lo que facilitó a las autoridades modificar la Ley, a pesar que el cambio disminuía el aporte de los trabajadores y de los empresarios. En 1996, antes de que la Ley se aplicara, volvió a ascender el número de cotizantes. A partir de 1996 se ha presentado un incremento sostenido. En el año 2000, los asegurados ascendieron a 15.2 millones, y en 2004 eran ya 16.1 millones (39.2% mas que en 1994). (Tabla 2). Lo mismo ocurrió con los derechohabientes totales (asegurados, familiares y asignados a IMSS-solidaridad) que en 1994 eran 36.5 millones, descendieron en 1995 a 34.3 millones y se elevaron después; a fines de 2004 eran 53.1 millones (42.2% mas que en 1994) (Tabla 2).

El crecimiento de la derechohabencia no se ha reflejado, como era de esperarse, en un incremento proporcional de las actividades de la atención clínica. De 1994 a 2002 el número de consultas ha aumentado durante algunos años y disminuido en otros. Las intervenciones quirúrgicas no se han incrementado en los últimos 5 años. (Tabla 6)

De 1995 a la fecha, a pesar del importante incremento de los asegurados y derechohabientes, y de la demanda de servicios correspondientes, ha sido mínimo el aumento de clínicas, camas de hospitalización, quirófanos, áreas de urgencia y unidades de hospitalización.

Los presupuestos asignados a obras y mantenimiento se utilizaron solo parcialmente. Las auditorías señalan la falta de cumplimiento de los programas de obras. En 1997 el ejercicio del presupuesto para construcciones fue sólo el 25% de lo autorizado originalmente. En 1998 una auditoría señala la falta de cumplimiento del subprograma de obras nuevas y en proceso. (164). En 2003 el Director General informó del subejercicio de 20,000 millones de pesos al año anterior de algunos capítulos de gasto, como el de inversión física, materiales y suministros (165).

Los programas para optimizar las camas de las unidades hospitalarias, como la disminución de los días de estancia y la cirugía laparoscópica han dado resultados relativamente escasos. De hecho, se esperaba con estas medidas un aumento en el número de enfermos atendidos en los hospitales. En cambio, se reportan cada año un número prácticamente igual de egresos hospitalarios (1.93 millones en 1994, 1.86 millones en 1999 1.87 millones en 2003), lo que explica una de las quejas más consistentes de los derechohabientes: el diferimiento de las operaciones y de las hospitalizaciones. (Tabla 6).

El desabasto de medicamentos se hace cada vez más evidente. En 1996 la falta de medicamentos en la República era del 11.2%, en 1998 se elevó a 20.6%, en promedio (166). De acuerdo con el informe del Director General del Instituto a principios de 2003, el desabasto de medicamento era de 28%. (165).

Ahora bien, al programa del Instituto Mexicano del Seguro Social-Oportunidades solo ha recibido cambios de nombre. El programa opera con fondos del Gobierno Federal y es administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Da atención desde hace un decenio a más de 10 millones de habitantes desprotegidos de las áreas rurales. (166) A partir de 1996 “por acuerdo de las instancias globalizadoras” (sic) (167) al programa no se le asignan recursos para construcción de nuevas unidades.

El presupuesto autorizado para 2003 fue de 4211 millones de pesos prácticamente lo mismo que en 2002 (168). El número de consultorios, de camas censables, de hospitales, de quirófanos era exactamente igual a fines de 2004 que en el año 2000 (169).

En mi opinión, la consolidación del Programa IMSS-Oportunidades que tenía como base la solidaridad de los trabajadores para con sus compatriotas de muy escasos recursos, programa que durante muchos años fue el orgullo del Instituto Mexicano del Seguro Social, ha perdido su impulso a la luz de las políticas neoliberales que prevalecen en nuestro país.

TABLA 2

POBLACION COTIZANTE Y DERECHOHABIENTE

AÑO	ASEGURADOS PERMANENTES Y EVENTUALES (miles)	ASEGURADOS PERMANENTES (miles)	BENEFICIARIOS Y DERECHOHABIENTES (miles)
1994	11561	9952	36,553
1995	10931	9132	34,323
1996	11895	9957	37,260
1997	12713	10551	39,461
1998	13611	12245	41,942
1999	14559	12981	44,557
2000	15240	13534	46,534
2001	15131	13470	47,650
2002	15517	13825	48,900
2003	15750	14051	51,851
2004	16095	15319	53,079

FUENTE: Elaboración propia con base a informes de INEGI e IMSS:

INEGI: Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. Cuadernos 1 al 19.

IMSS: Memoria Institucional Estadística 1993 a mayo 2004. Dirección de planeación y finanzas.

Incluye IMSS-Oportunidades (10.5 millones estimados en los últimos 10 años).

Comentario: De acuerdo con estos datos, el incremento de cada grupo en los 10 últimos años ha sido:

INCREMENTO

	ASEGURADOS PERMANENTES (miles)	ASEGURADOS PERMANENTES (miles)	BENEFICIARIOS Y DERECHOHABIENTES (miles)
ABSOLUTO	4534	5367	16526
POR CIENTO	39.2	53.9	45.2

TABLA 3
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDADES Y CAMAS CENSABLES

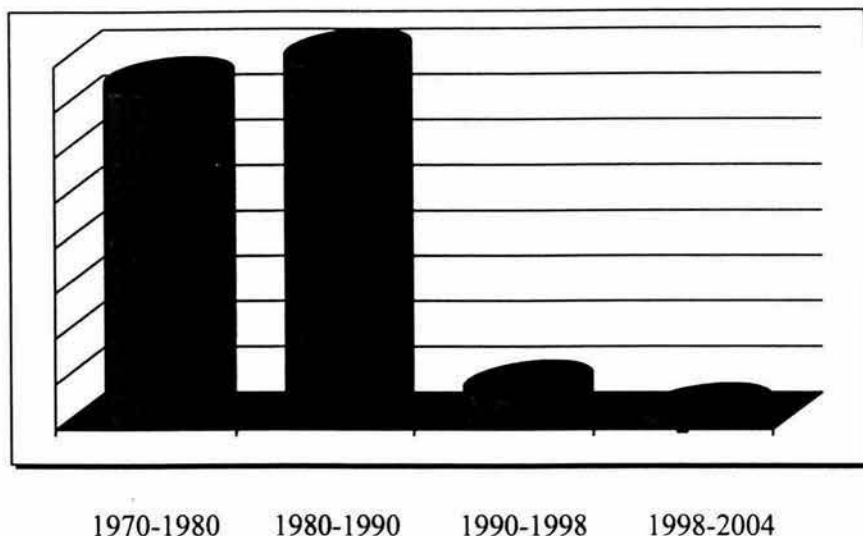
AÑO	UNIDADES			CAMAS CENSABLES	QUIROFANOS
	1ER. NIVEL	2DO. NIVEL	3ER. NIVEL		
1993	1481	222	30	28142	923
1994	1482	224	32	28491	935
1995	1482	225	32	28294	943
1996	1496	215	32	28230	939
1997	1499	215	32	28228	937
1998	1518	216	32	28118	935
1999	1527	217	39	28334	951
2000	1527	217	39	28662	972
2001	1527	217	39	29039	989
2002	1509	220	40	29039	1002
2003	1505	223	39	29141	1002
2004	1505	223	39	29256	1002

FUENTE: Elaboración propia con base a informes del INEGI.
 Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. Cuadernos 1 al 19.
 Informe del Director General a la Asamblea General 2003.

Comentario: La tabla señala el número de establecimientos de atención a la salud que prestaban servicio de 1993 a 2004. Las unidades de primer nivel (Clínicas de medicina general y familiar) aumentaron de 1481 a 1518 durante los primeros 5 años (2.5%) y se han mantenido sin incremento desde entonces, si bien se han hecho algunas adaptaciones. El aumento real a 2004 ha sido de 24 clínicas en los últimos 10 años (1.6%). Los hospitales de 2º nivel en operación persisten en igual número desde hace 10 años. Los hospitales de 3er nivel se elevaron de 30 a 40 en ese lapso. Las camas censables aumentaron de 28491 a 29256 (2.6%). Los quirófanos se incrementaron en un 7.1%. Existe un claro desequilibrio entre el número de las nuevas Instalaciones y el incremento de la derechohabencia de la institución.

GRAFICA 1

HOSPITALES CONSTRUIDOS Y PUESTOS EN SERVICIO



FUENTE: Elaboración propia con base a informes de:
INEGI. Estadísticas históricas de México.

ANUARIO: Anuario estadístico de los estados Unidos Mexicanos. 2002.

IMSS: Memoria estadística. 2003.

Anexo Informe de Gobierno 2004.

Comentario: Esta gráfica muestra que el IMSS construyó 74 hospitales en el decenio 1970-1980, 80 hospitales de 1980 a 1990 y solo 9 hospitales en toda la república de 1990 a la fecha. Compárense estos datos con el sustancial incremento de la derechohabencia y de los cotizantes que ingresaron a la institución en el último quinquenio (ver Tabla 2). La diferencia entre las necesidades de la institución y el número de instalaciones se hace cada vez más notoria, y se refleja en el diferimiento de consultas de especialidad, intervenciones quirúrgicas y admisión de pacientes en las unidades hospitalarias.

TABLA 4

Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social

Año	Trabajadores	Por ciento de incremento	Incremento acumulado
1990	324,700	--	--
1995	342,502	5.5	5.5
2000	359,878	5.0	10.5
2003	351,122	(-2.4)	8.1
2004 (abril)	351,181	0.01	8.11

FUENTE: elaboración personal en base al Informe de la Dirección a la Asamblea General. Agosto 2004.

Comentario: En los últimos 14 años (de 1990 a 2004) el número de plazas del IMSS se ha incrementado en 8.11%, lo que contrasta con el aumento de los derechohabientes y cotizantes del Instituto

TABLA 5
Personal Médico y Enfermeras 1993-2003

AÑO	Personal Médico	Enfermeras
1994	46,151	72,217
1995	47,420	72,787
1996	47,813	73,629
1997	48,658	74,681
1998	50,185	76,169
1999	50,764	76,502
2000	53,475	79,232
2001	55,842	79,715
2002	55,179	80,346
2003	56,602	82,198

FUENTE: Anuario estadístico de servicios médicos 1998.2002.
Informe Presidencial. Anexo, 2003.
Memorias del IMSS, Mayo, 2004.

Comentario: El incremento de médicos de 1994 a 2003 fue de 25%, y el de enfermeras de 14% en ese lapso. Las cifras no se correlacionan con el alza de los derechohabientes ni con los cotizantes. (Tabla 2).

TABLA 6**Servicios médicos proporcionados**

Año	Medicina Familiar	Especialidades	Intervenciones quirúrgicas
1998	103,901	15,169	15,169
1999	106,790	15,804	15,804
2000	107,397	15,992	15,992
2001	108,131	16,469	16,469
2002	107,800	16,642	16,642
2003	103,766	16,700	16,700

Fuente: Operación Institucional del Sexenio 1998-2003. memoria IMSS. Mayo 2004.

Comentario: La diferencia entre 1998 y 2003 fue de -0.13% en las consultas de Medicina Familiar y de 10.09% en las de especialidades. Las intervenciones quirúrgicas aumentaron en 4.0%. Si la derechohabencia aumentó 26% en ese lapso, los datos de esta tabla comprueban la causa de las quejas del diferimiento de consultas y de intervenciones quirúrgicas.

REFERENCIAS

- (141) Renato Dávalos. Reportaje en "La Jornada" 18 de agosto de 2002. pp 12-3.
- (142) Julio Boltvinik. Verdad técnica y verdad oficial. Suplemento Economía Moral. "La Jornada". 16 de agosto. 2002 p 22.
- (143) Diagnóstico del IMSS. 1995. Documento mimeografiado entregado a funcionarios del Instituto.
- (144) IMSS. Resultados de encuestas rápidas. Dir. Gral. La Raza. Dic 1998.
- (145) Sector Salud. Programa Nacional de Salud. 2001-2006. El reto de la calidad. Pp. 52-56.
- (146) Treviño G-MN, Cervantes PP Valle GA: Opciones de Reforma de la Seguridad Social. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. 1996. p 286.
- (147) Ibid. pp 286-7.
- (148) Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Washington: Oxford University Press. 1993. pp.5.
- (149) Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Washington: Oxford University Press. 1993. pp.5-7.
- (150) Loan Agreement. Health system Reform Sector Adjustment Loan between United Mexican States and International Bank for Reconstruction and Development. Documento mimeografiado. Firmado por el Sr. Embajador de México en los EUA, y el Presidente del Banco Mundial. 1998. Sept 14.
- (151) Áreas Médicas de gestión desconcentrada. Dirección de Prestaciones Médicas IMSS. 1999. Documento mimeografiado.
- (152) Áreas Médicas de gestión desconcentrada. Op. citada. Plan de trabajo del IMSS Dirección General del IMSS.
- (153) The World Bank Annual Report. 1998. p 54.
- (154) The World Bank Annual Report. 1998. p 54-5.
- (155) Préstamo del Banco Mundial para Asistencia Técnica de Reformas al Sistema de Salud del IMSS. s/p. 1998.
- (156) México: A Comprehensive Development Agenda. World Bank 2000. Reform of the mexican health care system. pp.409-46
- (157) Wolfesohn JD: Declaración a los medios de comunicación en Can-Cún. La Jornada. 2003. Septiembre 23.
- (158) Informe de la Dirección General a la 94ª Asamblea General Ordinaria. Agosto 2004. pp 43-5.
- (159) Ibid. pp 68-9.

- (160) Méndez E: Entrevista al Lic. Ricardo García Sáenz: una gran canallada el plan de reforma del IMSS. Desmantelarlo. Propósito oculto. Política. La Jornada. 19 julio, 2004. p5.
- (161) Alcalde JA: La reforma del IMSS. Cuatro errores. Política. La Jornada. 14 de agosto 2004. p 17.
- (162) Garza-Galindo LA. IMSS: el principio del fin. Política. La Jornada. 4 de agosto, 2004. p 11.
- (163) Informe de la Dirección General del IMSS al Ejecutivo y Congreso de la Unión. Capítulo VI pp. 1-15 Abril, 2004.
- (164) Informe sobre el avance en el programa de Equipamiento a la H. Comisión de Vigilancia del IMSS. Despacho Roberto Casas Alatriste, 1998.
- (165) Informe del Director General del IMSS a la Asamblea General Ordinaria. Septiembre 5, 2003.
- (166) Informe de la Contraloría Interna del IMSS. Programa de Revisión farmacias, Junio. 1999.
- (167) Anexos del Informe Presidencial Seguridad Social. 2002 y 2003.
- (168) Ramírez-Cuevas J: Viaje al interior del Seguro Social. Suplemento La Jornada. 12 de septiembre 2004, pp 6-8.
- (169) Anexo Cuarto Informe de Gobierno, 2004.

CAPITULO SEXTO

LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS ESPECIALIZADAS EN SALUD (ISES) Y

LA MEDICINA PRIVADA EN MÉXICO COMO OPCION SUSTITUTIVA DE LA SEGURIDAD SOCIAL. LOS RIESGOS

Introducción

El Banco Mundial ha señalado que en México “la atención de la salud no es adecuada para reducir costos ni reducir el riesgo. La creación de un Fondo Nacional de Salud podría eliminar esos problemas: permitiría reunir todos los aportes obligatorios para atención de salud (y el conjunto de los presupuestos de salud federal y estatal) y actuar como un poderoso comprador de servicios en forma competitiva a proveedores privados y públicos, incluidas organizaciones de atención regulada, (Health Maintenance Organizations)”. (170)

Por la importancia que se está dando a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), se revisarán los resultados que, de acuerdo con la recomendación del Banco Mundial, traería al Instituto Mexicano del Seguro Social un importante aumento de la reversión de cuotas de las empresas que actualmente cotizan al Instituto, si estas cuotas se transfirieran a las ISES.

I. Las Instituciones de seguros especializadas en salud

Las instituciones de seguros especializadas en salud pueden ser consideradas bajo tres enfoques distintos:

- Como un negocio.

- Como prestadoras de servicios de atención a la salud.
- Como áreas de desarrollo profesional.

Es comprensible que las normas éticas de quienes conforman estas instituciones entren fácilmente en conflicto.

A) Normas Éticas de las ISES

¿Qué problemas éticos enfrentan las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud?

Si separamos los paradigmas aceptados en las empresas de negocios comerciales, las de servicios de salud y las académicas, de manera general podemos afirmar que un negocio se está llevando correctamente cuando cumple los siguientes principios:

- Manejarse en base a la verdad, sin engaños ni fraudes.
- Proporcionar el máximo beneficio a los dueños del negocio, a los directivos, a los empleados, a los trabajadores, a los proveedores.
- Establecer un ambiente de confianza y bienestar entre los que laboran en la empresa. Brindarles la información adecuada.
- Mantener una actitud de respeto y honestidad con los competidores.

Y como principio mas importante:

- Otorgar un producto o un servicio de óptima calidad a los clientes de empresa. (171)

En el caso de las ISES, para cumplir con este último compromiso, el bienestar de los pacientes debe prevalecer sobre cualquier otro. Se rompe el equilibrio ético cuando se coloca por encima de este factor alguno de los otros

señalados.

Si bien no es posible concebir un negocio en el que no se recuperen los gastos y se obtenga algún provecho económico, si en las instituciones que manejan la salud de la población se deja de proporcionar una atención de calidad a los pacientes para aumentar las ganancias de la empresa, se está haciendo daño a los individuos y a la sociedad y quebrantando los principios éticos mas elementales. Desafortunadamente la preocupación por la reducción de los costos es la regla que predomina en las compañías aseguradoras. (172)

Como instituciones proveedoras de salud, las ISES deben basar su organización en los paradigmas de la bioética: la autonomía del paciente, el beneficio del enfermo y de la comunidad, el no hacer daño y obrar siempre de acuerdo a la justicia.

En relación a la autonomía, el paciente tiene derecho de elegir su médico y aceptar o no el tratamiento que se le sugiere. La elección del médico ha sido el talón de Aquiles en las instituciones de seguridad social en México. En las instituciones privadas de seguros el problema no es menor. El paciente es asignado a un médico de cabecera quien será el que dé las indicaciones, autorice los medicamentos, los exámenes de diagnóstico, y salvo en caso de urgencia, que habrá de justificar con argumentos muy sólidos, este médico es el único que puede indicar una consulta a un especialista o un encame en los hospitales contratados por la empresa. (172)

A este médico de cabecera llamado “gatekeeper” o portero en la jerga de habla inglesa, la institución le ofrecerá incentivos económicos si los costos de la atención se mantienen bajos. En muchos países estará sujeto también a “guías de prescripción” muy estrictas para pruebas de diagnóstico y de tratamiento. El

paciente no tendrá autonomía ni el médico podrá libremente prescribir exámenes o medicamentos. La presión moral de los incentivos y las normas de la empresa se lo impedirán, a pesar de que según la Nueva Ley Mexicana, los planes de salud que comercialice la institución debe salvaguardar en todo momento la libertad de juicio clínico del médico. Esto último lo decide la propia empresa de la que el médico es empleado, y que sabe que en cualquier momento puede dejar de serlo.

Lo mismo ocurre con la transferencia de los pacientes a los especialistas a los que el médico general debe enviar solamente si es estrictamente necesario. Hay también estímulos económicos a los médicos que envían pocos pacientes a los especialistas. Además, de acuerdo con las normas de las instituciones como las de la Cámara Aseguradora “La Provincial” una de las primeras ISES establecidas en México, los especialistas no pueden prescribir ningún examen ni tratamiento especial sin autorización del “médico de cabecera”. (172)

Nada de esto beneficia al enfermo. Además obliga al médico a romper sus compromisos éticos con el paciente y con su propia vocación de servicio. Tiene prohibido, por ejemplo, comentar con el paciente las otras alternativas de tratamiento, además del que prescribe la compañía, lo que sería una obligación en una relación ética del médico y del paciente.

De acuerdo con la Constitución, ya se ha mencionado, toda persona tiene derecho a la protección de la salud de acuerdo con un concepto elemental de justicia social. Esto está señalado en el Art. 4º. En el Art. 133 se hace referencia a los acuerdos internacionales suscritos por el ejecutivo y avalados por la legislatura y específicamente, al compromiso de otorgar una atención de salud de la mas alta calidad.

Si el programa del Banco Mundial llegara a establecerse, las ISES podrían hacerse cargo de los trabajadores que mas ganan y mas cotizan al Instituto Mexicano del Seguro Social. Esto tendría implicaciones éticas muy profundas y de gran trascendencia.

Podemos reflexionar sobre los efectos de los trabajadores con altos salarios que quedarían incluidos en las aseguradoras privadas; que dejarían de cotizar al Instituto y en quienes continuarían siendo atendidos provisionalmente por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Las compañías privadas se interesan, en primera instancia por los que pueden pagar las cuotas que han establecido. Si comparamos lo que gastó el IMSS durante el año 2000 en el rubro de enfermedades y maternidad, con lo que costaba el seguro de atención integral más austero de la compañía “La Provincial”, de acuerdo con el sexo y la edad de los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social se comprueba que la cuota de la atención privada es cuatro veces mayor que el gasto del Instituto Mexicano del Seguro Social. (Tabla 13 y gráfica 4) (173) (174). En efecto el gasto del Instituto Mexicano del Seguro Social en el rubro de enfermedades y maternidad fue ese año de 79 mil 351 millones de pesos que se hubiera pagado por la misma atención a la compañía privada de seguros, contra 300 mil ochenta millones, que se hubiera pagado por la misma atención a la compañía privada de seguros.

Los asegurados en esta ISES privada, se verían constreñidos a pagar una cuota elevada, cerca de 7,000 pesos en promedio, con todos los inconvenientes de limitaciones, co-pagos y restricciones.

Otra institución privada de seguros especializada en Salud es la del Sanatorio Durango. Si los empleados de otra Institución Federal de Seguridad

Social, el ISSSTE, modificaran su sistema y cotizaran a esta empresa privada, como base tendrían que pagarle dos y media veces mas por la atención a la salud, a lo que habría que añadir los co-pagos en las áreas de hospitalización, las exclusiones y las limitaciones. (175) Quedan excluidos del seguro las hemodiálisis, la cirugía de retina, las consultas de psiquiatría, los medicamentos (excepto parcialmente en el hospital), pacientes con enfermedades del corazón, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica, enfermedades vasculares cerebrales, y cáncer diagnosticado en los últimos cinco años. No se otorga tratamiento a personas que requieren cirugía de corazón, neurocirugía, radioterapia, quimioterapia, o que presentan enfermedades isquémicas del corazón, insuficiencia cardiaca, cáncer, sida, a menos que hayan pagado contratos durante los últimos 6 a 8 años (175). Esas exclusiones y restricciones son comunes en las ISES, instituciones derivadas de las "Health Maintenance Organizations" (HMOs) de los EUA.

La revista Newsweek de noviembre de 1999 incluye varios ensayos sobre las Health Maintenance Organizations (HMOs), que titula en la portada de la Revista HMO HELL (El infierno de las HMOs), cuyo resumen se incluye a continuación, para que se aprecie qué piensan las personas de estas instituciones en su país de origen. (176)

B) El Infierno de las HMOs (Instituciones para el mantenimiento de la salud)

REVISTA NEWSWEEK.- Resumen de los ensayos publicados el 8 de noviembre de 1999 sobre las Compañías Aseguradoras privadas de Servicios de Salud (Health Maintenance Organizations: HMOs), en los Estados Unidos de América.

Se exponen los problemas que han ocurrido a un grupo de pacientes en las compañías administradoras de salud, de las que presentan quejas concretas: 61% de personas encuestadas en los Estados Unidos demuestran frustración y enojo sobre el sistema de salud que prevalece en la nación. 7 de cada 10 exigen la intervención gubernamental para mejorar la situación, con énfasis en los derechos a la salud de la población, que debían tener una base legislativa.

El Gobierno norteamericano cubre al 26% de la población con los programas Medicare (13%) para los ancianos, Medicaid (10%) para los pobre, y 3% para el personal militar, 16% de la población no tiene ningún tipo de seguro (44.5 millones de habitantes). El resto está cubierto por programas privados, que también están involucrados en los planes gubernamentales (58%)

Las compañías privadas limitan los servicios de atención, los medicamentos, las medidas preventivas de problemas serios. Se hace énfasis en las encuestadas en aspectos que muestran la frustración de las personas cubiertas por las HMOs.

- 40% no tiene confianza en las aseguradoras para el tratamiento de lesiones o enfermedades graves.
- 70% consideran que los medicamentos no cubiertos son muy costosos.
- 65% señala que los seguros son muy caros y no son accesibles.
- 60% que no se lleva a cabo adecuadamente el cuidado de los adultos mayores a largo plazo.
- 51% opina que las restricciones en la cobertura son muy numerosas.
- 51% piensa que los médicos ya no tienen control de la toma de decisiones sobre los tratamientos.

- 42% se queja de la falta de aplicación de medidas preventivas.

Por último, el 72% de los encuestados señala que las presiones para mantener los bajos costos han producido una disminución de la calidad de la atención médica.

La falta de cobertura de medicamentos es la preocupación mayor de los pacientes. La posibilidad de consultas periódicas, el tratamiento de problemas psiquiátricos y la práctica de aborto electivo constituyen otros temas de gran interés para los enfermos.

Ahora bien, en ese país, el 46% de la población apoya el establecimiento de un programa en el que el Gobierno Federal se haga cargo de la atención de la salud para todos.

Los Estados Unidos tienen probablemente los mejores médicos del mundo, así como los mejores equipos e instalaciones, señala la revista. El gasto en salud es muy alto para los estándares mundiales. ¿Por qué es entonces la calidad de la atención tan irregular? ¿Por qué las encuestas muestran que está creciendo la insatisfacción, la frustración y el disgusto de los sistemas de salud establecida?

Existen un sinnúmero de ejemplos de personas a los que se les negó la atención por diversas razones derivadas de la interpretación de los requisitos establecidos. La mitad de los pacientes que ha tenido un infarto del miocardio no reciben tratamiento preventivo para evitar otro ataque. A un número importante de pacientes con cáncer no se les administra tratamiento anticanceroso que es muy costoso, y no los cura, pero les proporciona durante muchos meses bienestar y disminución de sus molestias. El acceso a los especialistas no se les otorga a muchos de los asegurados en las HMOs. Se niegan los pagos de servicios urgentes, por “falta de autorización previa por el médico de cabecera”.

De acuerdo con la opinión de la población, las compañías aseguradoras se preocupan únicamente por el dinero. Si así lo consideran, niegan los servicios o la devolución de los pagos que hicieron los pacientes. Se exigen muchos requisitos para demostrar que los estudios o los tratamientos son indispensables. Los médicos reciben “guías de manejo” para la atención de los enfermos a las cuales deben ceñirse estrictamente. Ni los médicos ni los pacientes quedan satisfechos.

Se pueden otorgar programas más flexibles, pero desde luego resultan muy costosos, e inaccesibles para la mayoría de la gente.

Se han clasificado las 100 más importantes HMOs en los Estados Unidos por una compañía especializada (Health Grades) de acuerdo con los siguientes rubros:

- Acceso a los servicios.
- Atención a niños y adolescentes.
- Mejoría de los pacientes crónicos.
- Atención a la mujer.
- Satisfacción de aseguradoras.
- Calidad del personal médico.

De acuerdo con estos factores, en las 100 empresas se encontraron 13 excelentes, 23 buenas, 38 regulares, 20 malas y 6 muy malas. El listado de todas las compañías viene incluido en los artículos.

El sistema empleado en las HMOs dificulta la confidencialidad que debe prevalecer sobre los datos y padecimientos de los pacientes.

La serie de ensayos sobre las Instituciones de Seguros privadas especializadas en salud termina con una descripción sobre las personas no

aseguradas, que en su mayoría son jóvenes sanos y reciben cierto grado de atención médica. En los casos graves no hay datos suficientes sobre el destino de estos pacientes.

Hasta aquí el resumen de los ensayos publicados en la revista NEWS-WEEK.

Por su parte, Arboleda Flórez en la publicación del Programa Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud (177) dedica su atención al problema de la Atención de la Salud Administrada mediante seguros privados da información detallada de lo que está ocurriendo en los Estados Unidos de América y otros países respecto a la atención a la salud, y aporta los siguientes datos:

* Los eticistas han tenido que tratar con los administradores sobre la falta de aseguramiento de algunos pacientes por edad, riesgo, enfermedad previa, que han generado una gran masa de personas sin atención de salud. (178)

* Los temas de confidencialidad y de privacidad de los datos se han puesto a prueba por la emergencia de relaciones sanitarias tripartitas. Se ha prohibido a los prestadores que discutan con el paciente posibles alternativas diagnósticas o de tratamiento que podrían ser más costosas. Los médicos que rechazan este “amordazamiento” arriesgan ser eliminados de la lista de prestadores. Han surgido así los “prestadores complacientes” que aceptan conformarse a las reglas que la administradora les impone. (179)

A partir de la salud administrada y su impulso a la eficiencia se han derivado drásticos cambios en la forma en la que los hospitales administran las estadías de los pacientes y evalúan los resultados. En los sistemas de salud administradas se exigen:

- * Estadías más cortas. (180)
- * Eliminación de servicios no rentables. (181)
- * Derivación de pacientes que no pagan hacia otras instituciones.
- * Captación de los pacientes mas ventajosos para maximizar los ingresos.
(182)
- * Reducciones en la adquisición de mejores tecnologías.
- * Utilización del personal menos calificado.
- * Subordinación del personal a arreglos salariales.
- * Supresión o reducción drástica de la enseñanza y la investigación que no generan ganancias inmediatas. (182)

Las experiencias con las ISES en México, todavía no permite hacer una evaluación adecuada de su desempeño. Sin embargo lo que está ocurriendo en otros países nos orienta a la tendencia de este sistema de salud integral manejado por compañías privadas.

En México, los trabajadores de bajos ingresos no estarían capacitados para pagar el costo de las aseguradoras. El 72% ganan menos de 3 salarios mínimos. (183) Todos ellos seguirán dependiendo del Instituto, que tendría sus ingresos disminuidos considerablemente al acabarse la solidaridad y suspender las cotizaciones de los que mas ganan. Un Instituto Mexicano del Seguro Social depauperado tendría que otorgar una atención mínima al resto de los trabajadores reducido a un “paquete mínimo de salud”. Esto lesionaría uno de los valores éticos más elevados del ser humano, la justicia, paradigma de la bioética y virtud humana que permite la convivencia. México perdería una de sus instituciones de mayor prestigio, por la que hemos luchado durante más de medio siglo.

Desaparecería el cumplimiento de otorgar servicios de salud a todos los habitantes. Si aún adolecemos de fallas en la atención médica del 40% de nuestra población, el aceptar los cambios que están proponiendo las instituciones financieras globalizadoras incrementaría este porcentaje acerca del 80%. Es este el problema ético mas serio al que puede dar lugar el manejo de las instituciones privadas de seguros especializadas en salud.

He dejado para un último comentario los valores éticos que deben estar presentes en una institución que se preocupa por el desarrollo profesional de quienes en ella laboran: la enseñanza y la investigación. A nadie se le escapa que en las empresas privadas de salud en nuestro país la enseñanza es exigua y la investigación es prácticamente nula. Esto ocurriría en las instituciones aseguradoras.

La salud no es un bien de consumo que pueda manejarse en un sistema de mercado libre. La salud es un valor productivo, creador de bienes, productor de bienes, quizá el mas importante de todo ser humano después de la vida. Es prioridad del Estado, reconocida universalmente, la conservación de este valor. Las instituciones privadas de seguros especializadas en salud pueden ser útiles para quienes rechazan las instituciones gubernamentales, y también para los que se dedican al comercio. Sin embargo los profesionales de la salud no podemos aceptar que se les considere como una opción para cubrir los problemas de nuestra población del siglo XXI, que cotizan a las instituciones de seguridad social para los trabajadores y para los empleados del gobierno federal.

II La Medicina Privada en México como alternativa para la Seguridad Social.

Las Instituciones de seguros especializados en salud son administradoras

que mediante convenios con instituciones privadas, ofrecen servicios “integrales” de salud a grupos de población. Se les ha llamado también Organizaciones de Atención de Salud Administrada.

Es por eso importante conocer la situación de las instituciones de salud privadas que existen en la República y sus grandes limitaciones.

En México existen 2,822 unidades privadas que tienen 30,564 camas (27% del total de camas en la República). En estas unidades laboran de tiempo completo cerca de 11,000 médicos. (184).

En general la medicina privada en México ha tenido un desarrollo lento e irregular desde que las instituciones oficiales tomaron a su cargo la atención médica de una buena parte de la población urbana.

De cualquier forma, tanto los consultorios como los hospitales privados atienden un porcentaje importante de la población con amplios recursos, a los individuos de la clase media no cubiertos por ninguna instancia de la seguridad social y, por otra parte, a cierto grupo de la población de bajos recursos que incluye a los desempleados, subempleados y campesinos. Además, se calcula que entre el 20 y el 30% de los individuos cubiertos por la seguridad social o que pudieran tener acceso a unidades de atención a población abierta reciben atención privada. (185)

De las unidades privadas, el 85% tiene 14 camas o menos. Solamente 162 unidades privadas en todo el país tienen más de 25 camas y únicamente 57 (2 %) tienen más de 50 camas.

La distribución de las unidades de acuerdo con su capacidad para encamar pacientes es muy heterogénea.

En 16 Estados no existe ninguna unidad privada que tenga 50 camas o más. Las dos terceras partes de estas unidades grandes se concentran en el Distrito Federal, en Jalisco y Nuevo León. Solamente en 5 Estados y en el Distrito Federal hay 10 o más unidades que tengan mas de 25 camas.

Es importante mencionar que en Tlaxcala, Baja California Sur, Campeche, y Colima, todas las unidades privadas tienen menos de 25 camas, y que en Chiapas, Hidalgo, Morelos y Oaxaca existe sólo una unidad que exceda ese número.

Los Estados en los que hay más de 10 unidades con 25 camas o más son Chihuahua, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León y Puebla. Resulta significativo señalar que en el Distrito Federal existen 24 hospitales con más de 50 camas y 188 sanatorios pequeños que tiene un promedio de 6 camas. En la tabla 7 puede observarse los recursos con los que cuenta en promedio todas las unidades privadas (184) y también permite identificar las principales carencias de la gran mayoría de las unidades médicas privadas hospitalarias.

TABLA 7

RECURSOS DE UNIDADES MEDICAS PRIVADAS	
RECURSOS	PROMEDIO POR UNIDAD
Camas censables	11.0
Camas no censables	2.3
Salas de expulsión	0.8
Quirófanos	1.3
Incubadoras	1.6

Laboratorios	0.2
Equipos de Rayos X	0.5

FUENTE: Boletín de Información Estadística, SSA-2002. p.213

Estos datos contrastan con los de las 248 unidades hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social que tienen en promedio 117 camas censables, 84 no censables, 3.9 quirófanos, 2.1 salas de expulsión, 2.0 laboratorios y 3.5 gabinetes de Rayos X.

En realidad, la medicina privada en México se imparte en tres grupos de unidades hospitalarias: las de los hospitales grandes que reúnen a médicos de prestigio, cuentan con la mayoría de los servicios (inclusive con tecnología de punta sobre todo a nivel de imagenología), y en un número pequeño, con personal médico de guardia (residentes de algunas instituciones académicas). Estos hospitales en general son muy costosos, por lo que sólo pueden acceder a ellos personas con amplios recursos. Algunos de estas unidades pueden compararse a los hospitales de tercer nivel del Sector Salud oficial. Cuentan en total con 4,300 camas. (14 %)

En el otro extremo, se encuentran las pequeñas clínicas o sanatorios dispersos en toda la República, en donde los médicos con alguna clientela realizan operaciones quirúrgicas sencillas, atienden partos y algunas urgencias médicas. Tiene estrictamente lo indispensable, envían sus estudios de laboratorio y gabinete a otras unidades, y cuentan con un personal mínimo administrativo y paramédico. Estas unidades, que en un 82% tiene seis camas en promedio, cumplen con una limitada labor social, porque atienden a la comunidad sólo en problemas de salud de poca gravedad. De las camas privadas, se ubican en ese grupo el 73% (22,100).

En medio de estos dos tipos de unidades se encuentran los hospitales pequeños (entre 25 y 50 camas) que fungen como maternidades y/o unidades de segundo nivel, donde cuentan con laboratorio, un aparato de Rayos X y algunos otros servicios; no tienen residentes de guardia y cubren las necesidades de un grupo mas grande de médicos que el de las clínicas o sanatorios. En estas unidades hay 4155 camas (13%).

En general puede afirmarse que las unidades hospitalarias privadas, salvo contadas excepciones, no realizan medicina preventiva, enseñanza, ni investigación. Los expedientes clínicos sobre los pacientes son prácticamente inexistentes; la atención se imparte comúnmente por auxiliares de enfermería que tratan de seguir las indicaciones médicas; asimismo, el aseguramiento de la calidad en la atención es un rubro que no se toma en cuenta; además, la supervisión oficial que se realiza sobre estas unidades médicas se limita al cumplimiento de normas elementales administrativas, o de algún programa parcial; y no existe el menor control de orden clínico por parte de las instituciones de salud.

En las relaciones entre las instituciones oficiales y las privadas, lo habitual es que el personal de los hospitales privados no acepte los estándares que le tratan de imponer las instituciones de seguridad social. A principios de 1950, el Instituto Mexicano del Seguro Social intentó trabajar con las unidades médicas que existían en el norte del país, pero hubo insatisfacciones y problemas de ambas partes. Durante los setentas, se legisló para que el 5% de las camas de las unidades privadas dieran atención gratuita a la población abierta. No fue posible exigir el cumplimiento de esta ley, y fue derogada un decenio mas tarde.

Los gastos de las instituciones de seguridad social, si se comparan con los de los hospitales privados de un nivel similar y de acuerdo con los precios que se cobran a los usuarios, son francamente menores.

En 1993 la atención médica en hospitales privados del país de tercer nivel, era entre 200 y 300% mas costosa que en el Instituto Mexicano del Seguro Social. No obstante, en 2000 el costo se elevó cerca de 800% en la Ciudad de México. (183)

La infraestructura de la medicina privada en México es endeble e insuficiente para atender las necesidades de la población trabajadora. Dentro de la política privatizadora existe el riesgo de que las unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social, patrimonio de la nación y de todos los mexicanos, sean puestas a disposición del mejor postor, que en este caso serían las instituciones extranjeras administradoras de salud.

TABLA 8
COMPARACIÓN ENTRE COSTOS DE ATENCIÓN A LA SALUD
PRIVADA (ASEGURADORAS) Y PÚBLICA (IMSS)
2000
COSTO DE ATENCIÓN A LA SALUD
A POBLACIÓN DEL IMSS POR
GRUPO NACIONAL PROVINCIAL

RANGO EDAD	No. HOMBRES MILES	No. MUJERES MILES	LINEA AZUL INTEGRAL COSTO PERCAPITA PESOS		LINEA AZUL INTEGRAL COSTO TOTAL MILES DE PESOS	
			HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
0-14	8,083	8,293	3,584	3,292	28,969,472	27,297,264
15-19	2,592	2,660	2,649	3,007	6,866,208	7,998,620
20-24	2,363	2,465	2,897	4,287	6,903,551	10,653,195
25-29	2,191	2,333	3,620	5,530	7,931,420	12,901,490
30-34	1,935	2,064	4,301	6,348	8,193,405	13,102,272
35-39	1,602	1,750	4,877	6,446	7,812,954	11,280,500
40-44	1,279	1,422	5,090	6,552	6,510,110	9,316,944
45-49	1,006	1,123	5,819	7,083	5,853,914	7,954,209
50-54	792	878	7,683	9,245	6,084,936	8,117,110
55-59	630	702	9,087	9,858	5,724,810	6,920,316
60-64	505	670	10,792	11,995	5,460,752	6,837,150
65-69	391	448	14,790	18,330	5,782,890	8,211,840
70-74	284	335	21,225	28,392	6,027,900	9,539,712
75-79	191	237	21,225	28,392	4,053,975	6,728,904
80 ó mas	215	298	21,225	28,392	4,563,375	8,460,816
				Suma	116,739,672	155,320,342
				TOTAL	272,060,014	

FUENTE: Elaboración propia con base en CONAPO. Proyecciones de Población 1990-2010, y

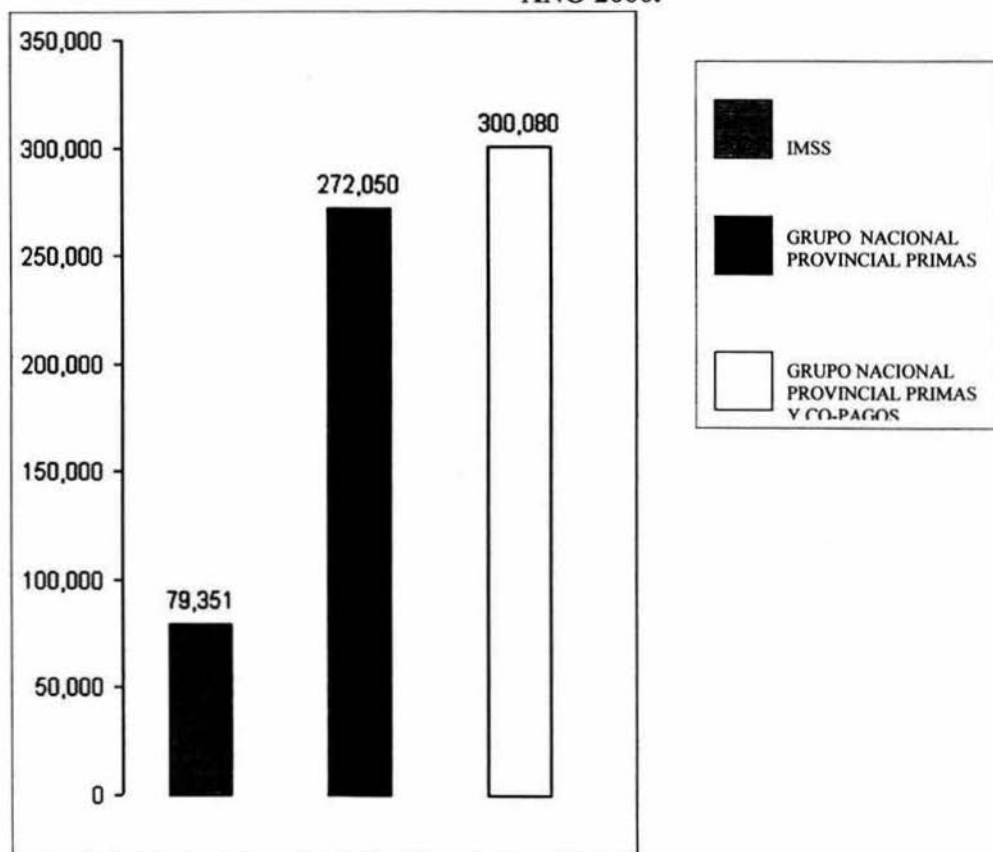
Grupo Nacional provincial. Línea Azul Integral. Tarifa grupal para el año 2000. D.F. y Zona Metropolitana.

Comentario: El número de hombres y de mujeres se refiere al total de derechohabientes de IMSS. El costo per cápita y el costo total, al de la prima de seguro integral menos costosa del Grupo Nacional provincial (empresa privada) de acuerdo con los rangos de edad.

GRAFICA 2
COMPARACIÓN ENTRE COSTOS DE ATENCIÓN A LA SALUD
PRIVADA

(ASEGURADORA) Y PÚBLICA (IMSS)

AÑO 2000.



FUENTE: Elaboración propia con base en

CONAPO. Proyecciones de Población, 1996.2005 (2000)

Grupo Nacional Provincial. Línea azul Integral, 2000

Informe de la Dirección de Planeación y Finanzas, marzo 2000.

Presupuesto de Egresos de la Federación para el año 2000.

Comentario: El gasto del Instituto en el rubro de enfermedades y maternidad el año 2000 fue cerca de cuatro veces menor de lo que hubiera tenido que pagarse a la Aseguradora Grupo Nacional Provincial en su línea mas austera.

TABLA 9

INSTITUCIONES DE SEGUROS ESPECIALIZADAS EN SALUD (ISES) EN LA REPÚBLICA MEXICANA 2005

1. Médica Integral Grupo Nacional Provincial SA de CV.
2. Preventis SA de CV.
3. Salud Comercial America SA de CV.
4. Salud Inbursa SA.
5. General de Salud. Compañía de Seguros SA.
6. Vitamédica. SA de CV. (Seguros Banamex).
7. Planseguro. SA de CV. Compañía de Seguros.
8. Seguros Centauro. Salud Especializada SA de CV.
9. Novamedic Seguros de Salud. SA de CV.
10. Servicios Integrales de Salud Nova SA de CV. (Dinámica)
11. Grupo Integral Seguros de Salud SA de CV.
12. Seguros del Sanatorio Durango. SA de CV.

Fuente: Informe de la Comisión Nacional de Seguros y de Valores. 2005

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La justicia distributiva, de acuerdo con los criterios expuestos en los primeros capítulos de este trabajo, debe basarse en los siguientes conceptos:

- Repartir con imparcialidad los bienes primarios, necesarios para el bienestar de todos los individuos.
- Estimular el funcionamiento y las capacidades de cada persona.
- Lograr que cada ser humano posea un rango de oportunidades suficientemente grande, lo que requiere mantener su bienestar y su salud.
- Extender el beneficio de la protección a los derechos sociales a todos los que conforman las diversas comunidades.

Para cumplir con estos criterios, las políticas del Estado deben encaminarse a que prevalezcan:

- La equidad.
- La solidaridad.
- La eficiencia y la eficacia en las instituciones.
- La asignación adecuada de recursos para contar con los elementos necesarios para otorgar una atención a la salud de calidad aceptable.

Pueden considerarse como condiciones de injusticia en la distribución de los recursos de salud, aquellas que no cumplen con lo que se ha señalado.

En la práctica estas condiciones contrarias a la justicia pueden originarse en las siguientes situaciones:

- 1- Insuficiente apoyo financiero en desproporción con los gastos en otros rubros. Esto puede ocurrir si no se toma en cuenta la prioridad de la salud de la población.
- 2- Falta de equidad en la distribución de los recursos, por ejemplo, si los estados mas pobres en la República Mexicana reciben un presupuesto por persona, menor que los mas favorecidos. La inequidad y la injusticia son aquí evidentes.
- 3- Falta de eficiencia: gastos inútiles o pagos mas altos a algunas empresas por servicios iguales por compromisos familiares, gremiales, o por presiones de corporaciones poderosas nacionales o extranjeras.
- 4- Ausencia de formulación de prioridades considerando necesidades de instalaciones, equipos, material, medicamentos, personal, y sobre todo, de medidas sanitarias.
- 5- Establecimiento de leyes, reglamentos y normas que afecten la buena marcha de una institución de salud, por presiones de grupos hegemónicos internos o externos.
- 6- Falta de programas con impacto en la población para mejorar su estado de salud.
- 7- Falta de capacitación de personal de salud y descuido de la educación para la salud de la población.
- 8- Ausencia de instalaciones materiales de equipos necesarios para el buen desempeño de una institución.

Esta enumeración no agota las posibilidades de cometer injusticia en la adecuada atención de la salud. Las largas esperas en los consultorios, el mal trato y la falta de consideración de las necesidades psicológicas y espirituales pueden ser manifestaciones de injusticias.

Al no cumplir con la justicia distributiva en la atención a la salud los individuos carecen de accesibilidad, oportunidad, eficacia, integralidad, universalidad y libre elección del personal que lo atiende.

- a) *Accesibilidad.* Los servicios son accesibles cuando las instalaciones se encuentran relativamente cercanas al domicilio del paciente (no más de 2 horas caminando o 30 minutos en un medio de transporte). El paciente cuenta con los apoyos lingüísticos para comunicarse con el personal de salud. Tiene confianza en la institución. Conoce la necesidad de asistir a recibir atención.
- b) *Oportunidad.* Existe servicio todos los días del año. Se pueden atender en cualquier momento las urgencias. Las esperas no son prolongadas. La consulta al especialista, cuando se requiere, se hace en un corto lapso.
- c) *Eficacia.* Los procedimientos de diagnóstico tienen una alta sensibilidad, alta especificidad y elevado valor de predicción. Los tratamientos alivian los síntomas, y curan o controlan los padecimientos y sus secuelas.
- d) *Integralidad.* Se resuelven el mayor número posible de problemas de salud del paciente, no únicamente los graves o los que ponen en riesgo su vida o su productividad. Se incluye el tratamiento de problemas odontológicos, visuales y mentales.

- e) *Universalidad*. Todos los habitantes de una comunidad, y los derechohabientes de una institución son atendidos con el mismo interés, buena disposición y amabilidad.
- f) *Libertad de elección*. El paciente puede elegir libremente a los profesionales que cuidan su salud. A este problema no se le ha puesto la debida atención. Requiere un sistema muy bien organizado y con suficiente personal profesional.

La población se percata cada vez, mas claramente que los determinantes de la salud indican que el pobre, el inculto, el privado de los derechos civiles, el habitante de barrios marginales, el que no tiene poder, todos ellos son mas propensos a las enfermedades y a morir que los afortunados. (186)

La declaración universal de las Naciones Unidas sobre los derechos humanos describe el derecho de toda persona a un nivel adecuado para su salud y bienestar. Las desigualdades en salud se convierten en inequidades evitables, innecesarias e injustas. Son injustas y socialmente enjuiciables.

Del estudio de caso sobre el Instituto Mexicano del Seguro Social puede señalarse que el Instituto se ha visto sujeto a condiciones que afectan la justicia distributiva, y la justa asignación de los recursos. Se resume lo expuesto:

- El establecimiento de leyes que perjudican directamente el estado financiero de la institución, con la disminución de cotizaciones de empleados, trabajadores y empresarios.
- La generación de políticas gubernamentales que no toman en cuenta la prioridad de salud de la población y asignación a este rubro un presupuesto inadecuado.

- El incremento de las subrogaciones a empresas privadas, que eleva los costos de la atención y disminuye aún mas su eficiencia.
- La tendencia a suprimir la solidaridad de los trabajadores al estimular la reversión de cuotas a las empresas que tienen obreros con altos salarios, que pagan atención médica privada y dejan de cotizar a la institución.
- La pérdida de la autonomía del Instituto al obligarse a seguir indicaciones de empresas financieras internacionales en sus políticas organizacionales.
- La falta de equidad en la asignación del presupuesto. Los estados de la República mas ricos reciben, por derechohabiente, mas que los estados con menos recursos.
- A pesar del aumento sustancial de trabajadores y cotizantes, ha habido un incremento mínimo de clínicas, hospitales, quirófanos, camas, personal profesional y técnico.
- El déficit de instalaciones, equipos, material de consumo incluyendo medicamentos, se ha manifestado en diferimiento de consultas, de operaciones, carga excesiva de pacientes para el personal profesional que se traduce en atención de baja calidad, diagnósticos incompletos, tratamientos inadecuados.
- Los gastos de los derechohabientes, a veces considerables, que acuden a instituciones privadas por la falta de atención oportuna en el instituto.

RECOMENDACIONES

Con base a la investigación realizada, quisiéramos hacer las siguientes recomendaciones:

- La protección de la salud ha sido considerada como un derecho humano prioritario. El Estado mexicano, de acuerdo a sus compromisos internacionales y normativos, debe por ley, velar el cumplimiento de este precepto, buscando la equidad de la protección de la salud para todos los habitantes del país, así como la asignación de un presupuesto adecuado, considerando la prioridad que tiene la salud entre los derechos de la población.
- Para lograr que los derechohabientes de todas las instituciones de salud tengan confianza y seguridad de recibir una atención completa, oportuna y de calidad aceptable, el Estado mexicano debe revertir las condiciones actuales que impiden el logro de estos propósitos. Para esto es indispensable que los poderes ejecutivo y legislativo otorguen a la protección de la salud todo el peso que debe tener en la distribución de los recursos.
- Continuar la tendencia a la universalización de los servicio con un aumento progresivo de la cobertura.
- La autonomía, que es uno de los paradigmas de la bioética, nos obliga a estudiar y analizar el problema no resuelto en las instituciones, de la libre elección de los profesionales de la salud. He aquí un tema que debe ser abordado por los bioeticistas y por quienes toman decisiones en los servicios de seguridad social.

- Estimular la enseñanza continua del personal de salud y capacitación específica de médicos y paramédicos.
- Campañas de educación para la salud a la población por los medios de información masivos sobre enfermedades y sobre los servicios a los que tienen derecho.
- Proveer a las instituciones del personal, las instalaciones, los equipos, el material de consumo y medicamentos para otorgar una atención de salud de la mejor calidad posible.

Con referencia al Instituto Mexicano de Seguro Social pueden hacerse, además, las siguientes recomendaciones:

- Combatir la evasión del pago al Instituto de las cotizaciones de empresarios y trabajadores, que se eleva a más del 30% .
- Limitación por Ley de la subrogación a no más del 2% de los gastos del ramo de enfermedades y maternidad (subrogación histórica en el IMSS). Esta subrogación debe justificarse en base al costo-eficiencia, accesibilidad a los servicios y número de derechohabientes de las áreas que requieren subrogación.
- Limitación por ley de la reversión de cuotas a no más del 2% del presupuesto del ramo de enfermedades y maternidad. (reversión de cuotas histórica).
- Supresión de los servicios privados como medio para aumentar la cobertura, que son más costosos, y tienden a distribuir los recursos en función de la demanda, respaldada en el poder de compra, y genera un acceso social y regional estratificado,

limitado, regresivo (el que mas lo necesite es quien tiene menos acceso a esos servicios), incompatible con la equidad y la justicia.

- Establecimiento de los programas siguientes:

- a) Programa sobre esquemas de financiamiento congruentes con el crecimiento de la institución, modificando la Ley vigente, para que se restituyan las cuotas obrero- patronales previstas en la ley anterior de 1995, o usando otro esquema similar, conservándose la contribución gubernamental señalada en la nueva ley.
- b) Programa sobre la distribución equitativa del presupuesto en los estados, tomando en cuenta el número de derechohabientes, los datos epidemiológicos y demográficos, y sobre todo basada en las necesidades, y no en la demanda.
- c) Programa de descentralización real con manejo administrativo estatal.
- d) Participación de los usuarios sobre su percepción de la forma como proveer los servicios, y la solución de problemas prioritarios. Supervisión y evaluación de las prestaciones médicas y de seguridad social para asegurar la calidad de la atención.
- e) En coordinación con la Secretaria de Salud, promoción de nuevas unidades de IMSS-Oportunidades o similares, planeadas y organizadas por el Instituto, y atendidas con recursos federales.

Finalmente se debe llevar a cabo la presión necesaria de parte de los trabajadores y sindicatos del IMSS y de la ciudadanía sobre los poderes ejecutivo y legislativo para que se modifiquen las políticas actuales que tienden a desmantelar una de las instituciones mas importantes del país.

Las recomendaciones propuestas se basan en los preceptos bioéticos analizados en este trabajo. Están además sostenidas en una tradición de más de medio siglo que ha sido el resultado de trabajo intenso, de avances relevantes, de consensos ciudadanos, de programas que han trascendido nuestras fronteras, que dieron un impulso a la economía, a los valores sociales, a la investigación y a la enseñanza médica.

REFERENCIAS

- (170) México, A Comprehensive Development Agenda for the New Era. World Bank. Washington, 2001, p 38.
- (171) Kung H: Ética, Empresas y Dirección. En una Ética Mundial para la Economía y la Política. Fondo de Cultura Económica. México, 2000, pp 338-72.
- (172) Grupo Nacional Provincial. Línea Azul integral. Tarifa grupal para el Distrito Federal y Zona Metropolitana. 2000.
- (173) Fuentes de Tabla 11 al pie de la Tabla.
- (174) Fuentes de Gráfica 4 al pie de la Gráfica.
- (175) Seguros de Salud. Sanatorio Durango. Documento para el año 2001.
- (176) Revista Newsweek. Edición para los Estados Unidos. Noviembre 8, 1999.
- (177) Arboleda- Flórez J: Equidad y asignación de recursos: donde la ética y la justicia social se interceptan. En : Bioética y cuidados de la salud. Ed. Organización Panamericana de la salud. 2000 p.61.
- (178) Arboleda- Flórez J: Op. cit. pp. 59-60.
- (179) Arboleda- Flórez J, Op. cit. p.63
- (180) David K, Anderson GF, Steingerg EP: Diagnosis related group prospective payment. Implications for health care and medical technology. Health care and medical technology. Health policy 1984; 4:139-47.
- (181) Lave JR: Hospital Reimbursement under medicare Milbank memorial Fund Quaterly. Health and Society 1984, 62:251-78.
- (182) Arboleda- Flórez J. Stuart H, Freeman P y cols: Access to health care services under NAFTA. Washington D.C. PAHO; 1999.
- (183) Dirección de Finanzas y Sistemas. Coordinación General de Informática. Cámara de Diputados. 2001.
- (184) Boletín de Información Estadística. Dirección General de Informática. SSA. 2002 p 213.
- (185) Programa Nacional de Salud 2001-2006. Plan Nacional de Desarrollo. P. 60.
- (186) Organización Mundial de la Salud. 1999. La salud en el Mundo. Indices relevantes.