

Paulette Dieterlen

**Justicia distributiva
y salud**



FONDO DE CULTURA ECONÓMICA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Programa Universitario de Bioética
Facultad de Filosofía y Letras
COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

Justicia distributiva y salud

Primera edición, 2015

Dieterlen, Paulette

Justicia distributiva y salud / Paulette Dieterlen; pról. de José Narro Robles. – México: FCE, UNAM, PUB, FFL, Conbioética, 2015

201 pp.: 21 × 13.5 cm – (Colec. Filosofía. Ser. Biblioteca de Ética y Bioética)

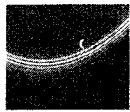
ISBN 978-607-16-2576-2

1. Justicia distributiva 2. Salud - Aspectos filosóficos – México
3. Salud - Políticas públicas 4. Filosofía I. Narro Robles, José, pról.
II. Ser. III. t

LC HB523

Dewey 174.2 D385j

Distribución mundial



Biblioteca de Ética y Bioética

Biblioteca de Ética y Bioética
Fondo de Cultura Económica y Universidad Nacional Autónoma de México
(Programa Universitario de Bioética, Facultad de Filosofía y Letras)

Colección dirigida por Juliana González Valenzuela
Vol. 7. *Justicia distributiva y salud*

Diseño de portada: Laura Esponda

Imagen de portada: Paul Dieterlen, *Los días terribles* núm. 5. Técnica mixta sobre tela, 2013.

D. R. © 2015 Fondo de Cultura Económica

Carretera Picacho-Ajusco 227, 14738, México, D. F.

Empresa certificada ISO 9001:2008

Comentarios: editorial@fondodeculturaeconomica.com

www.fondodeculturaeconomica.com

Tel. (55) 5227-4672; Fax (55) 5227-4640

2 de febrero de 2015

D. R. © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Filosofía y Letras

Programa Universitario de Bioética

Ciudad Universitaria, 04510, México, D. F.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra, sea cual fuere el medio, sin la anuencia por escrito del titular de los derechos.

ISBN [FCE] 978-607-16-2576-2

ISBN [UNAM] 978-607-02-6421-4

Impreso y hecho en México • *Printed in Mexico*

*A mi familia: Alejandro, Emilio, Fernanda,
Ian, Laura, Luca y Maurizio*

A la memoria de Mercedes Barquet

Agradecimientos

Escribir este libro no fue tarea fácil. La principal razón es que, por diversas circunstancias, no tuve la posibilidad de trabajar en un programa de distribución de protección de la salud. Por eso decidí elaborar un libro con un enfoque completamente teórico sobre las distintas propuestas filosóficas del tema de la justicia y la salud. Afortunadamente, sí tuve la oportunidad de aprender de muchas personas sobre la importancia social del tema.

En primer lugar, quiero agradecer al Instituto de Investigaciones Filosóficas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), pues llevar a cabo la investigación base de esta obra no habría sido posible sin las condiciones de trabajo que ahí imperan. Agradezco a Guillermo Hurtado y a Pedro Stepanenko su respeto y su amistad.

Mi pertenencia al Programa Universitario de Estudios del Desarrollo de la UNAM me dio la ocasión de acercarme a los temas que aquí abordo. En el seminario mensual escuché a personas que trabajan directamente con los problemas políticos de la distribución de los recursos para la protección de la salud. Agradezco también las enseñanzas de los miembros del programa, especialmente de Rolando Cordera, Mario Luis Fuentes, Leonardo Lomelí, Rosa María Ruvalcaba, Fernando Cortés y José Narro.

También he participado como miembro del Programa Universitario de Bioética de la UNAM, lo cual me permitió discutir la cuestión con grandes figuras que se dedican a esta área. Mi más sincero agradecimiento a Juliana González, Jorge Linares, Ricardo Páez, Sergio Martínez Bullé-Goyri y José Luis Abreu. Además, estoy en deuda

con el programa por apoyar la edición de este libro como parte de sus actividades.

Prácticamente en la etapa final de la redacción del texto ingresé a la Comisión Nacional de Bioética. Mucho he aprendido de los miembros del Consejo Consultivo. Quiero agradecerle muy en especial al doctor Manuel Ruiz de Chávez su invitación a formar parte de dicho consejo y, sobre todo, su generosidad al apoyar la publicación del libro. También agradezco, de la comisión, al doctor Alejandro del Valle y al licenciado Mario Silva, quienes se ocuparon de la edición del libro.

Mi agradecimiento a Ernesto Priani y a Adriana Segovia, que siguieron paso a paso y con gran atención el proceso de dictaminación; a Pedro Espinoza, encargado de la hemeroteca del instituto, quien siempre estuvo dispuesto a ayudarme para conseguir los datos que necesitaba; a Luis David Reyes, alumno de licenciatura de la Facultad de Filosofía y Letras, por su apoyo en la revisión de algunos criterios de publicación.

Agradezco de una manera muy especial a Elisabetta Di Castro, con quien siempre he intercambiado ideas y opiniones que me han ayudado a mejorar mi trabajo, pero, además, a quien desde hace mucho tiempo me une una gran amistad.

El libro no podría haber salido sin la ayuda de Laura Manríquez, del Instituto de Investigaciones Filosóficas. Su apoyo en la preparación del original y en la revisión del texto fue fundamental para mejorar la presentación de mi investigación. No fue una tarea fácil, pero, como siempre, le agradezco su generosa ayuda y sus correcciones inteligentes y precisas.

Por último, realmente no sé como agradecer al doctor José Narro por la redacción del prólogo. No sólo es un honor que haya aceptado escribirlo, sino que sus palabras me han alentado a seguir investigando sobre los temas de la justicia y la salud. Su generosidad ha sido inmensa, pues a pesar de su enorme carga de trabajo como rector de la UNAM, se tomó el tiempo para leer mi manuscrito y escribir dicho prólogo. Le agradezco también la amistad que siempre me ha brindado.

Prólogo

A fuerza de repetirlo, un concepto fundamental se ha convertido en lugar común. Sin embargo, debemos seguir insistiendo: la salud de un individuo o de una colectividad resulta indispensable. Sin salud no hay desarrollo completo. Se pierde la posibilidad de alcanzar el máximo de las potencialidades de la persona y se limita el progreso de la sociedad. Aquí radica parte de la importancia del libro que el lector tiene en sus manos.

La justicia social, la salud y la bioética son parte de los temas que más ocupan la atención de nuestros tiempos. Por ello hay que agradecer el interés y el esfuerzo de la autora de este libro. La doctora Paulette Dieterlen es una investigadora y filósofa de capacidad reconocida por propios y distantes, por sus compañeros de profesión y por aquellos que desde otras vocaciones y ocupaciones laboran en el campo de las ciencias sociales, la administración pública y las humanidades.

Ella es una universitaria probada, con aportaciones originales y preocupaciones muy diversas. Esto vale lo mismo en el campo del pensamiento y la reflexión que en el de las políticas públicas, en lo social que en la ética. Se trata de una investigadora estudiosa, comprometida, sensible, inteligente y capaz de emprender aventuras intelectuales exitosas.

En nuestro país la protección de la salud es todavía una aspiración que está lejos de cumplirse. Es cierto que se trata de un derecho consagrado en la Constitución desde hace casi tres décadas y también que desde entonces se ha avanzado sustancialmente. Sin embargo, es mucho lo que falta por hacer para considerar que se ha alcanza-

do el nivel de cumplimiento de este precepto. Un simple análisis de las estadísticas de mortalidad, de la revisión del uso de los servicios, de las principales causas de enfermedad, o de la distribución de los recursos públicos de que se dispone para el cuidado de la salud, nos da una idea del contraste entre la teoría y la realidad.

Algunos de los datos son simplemente contundentes. Así, por ejemplo, si consideramos que hoy en día casi una de cada siete defunciones que se registran en el país se debe a la diabetes, y que apenas hace 20 años esta cifra era de una en 17, tendremos que reconocer que algo no se ha hecho correctamente. De hecho, en las últimas cuatro décadas la tasa de mortalidad por este padecimiento se multiplicó ¡cuatro veces!

Éste también es el caso de las muertes de los menores de un año, incluidas las del periodo perinatal. Es muy difícil aceptar que en 2010 se hayan registrado 28 865 defunciones en este grupo de edad y que de ellas más de 14 000 constituyeron la mortalidad perinatal. Esto es todavía más preocupante cuando sabemos que 6 520 de esas muertes se debieron a las dificultades respiratorias al momento del nacimiento.

¿Cómo alguien puede sentirse satisfecho si se sabe que casi 70 000 muertes registradas en el año señalado se debieron a causas violentas?: accidentes con más de 38 000; homicidios y agresiones con la cifra más alta de la historia que ascendió a casi 26 000, y los suicidios que superaron los 5 000 casos. Uno más de los ejemplos que se pueden presentar es el caso de la desnutrición que fue señalada como la causa de muerte de 8 699 mexicanos. Esto equivale a reconocer que cada hora un compatriota fallece a causa del hambre, de la carencia de alimentos, de las deficiencias nutricionales.

Otro de nuestros pendientes tiene que ver con las muertes entre los menores de un año, que son muy elevadas y que, con el cumplimiento real del derecho a la protección de la salud, deberían disminuir en forma importante, lo que generaría la preservación de miles de vidas que se pierden de manera muy anticipada y que generan miles de horas de dolor y sufrimiento entre las familias afectadas.

Además, es necesario reconocer que al comparar las cifras de las dos últimas décadas, se puede detectar una disminución notoria

de la mejoría. Por ejemplo, en tanto que en 1991 se registraron 57 091 muertes en menores de un año en el país, en el año 2000 se reportaron 38 621 defunciones, lo que representó un decremento de 32.4%. Para el periodo de 2001 a 2010, las cifras fueron, respectivamente, de 35 911 y 28 865, con una reducción de 19.6%. Con tan sólo haber mantenido el ritmo de mejoría se habrían salvado más de 4 500 vidas, cifra que por supuesto no es menor y que marca la trascendencia de la tarea pendiente.

Una más de las razones para inconformarnos se deriva de problemas que hace años deberían haber sido erradicados o al menos controlados. Éste es, sin duda, el caso de la desnutrición, que en los últimos 10 años ha ocasionado más de 85 000 defunciones y que, en el lapso comprendido entre 2001 y 2010, permaneció sin modificación en el número de muertes y con más de 150 casos de desnutrición extrema, que debería constituir una causa de vergüenza nacional.

Todo lo anterior soporta la argumentación de la autora en el sentido de que, sin buenos niveles de salud entre nuestra población, es imposible hablar de igualdad. De hecho, las carencias colectivas en la materia y las enormes brechas que se abren entre los sectores pudientes y los desheredados nos lastiman a todos y son fuente de inseguridad e inestabilidad. La desigualdad en salud es uno de los capítulos más dolorosos de la historia secular de la desigualdad en México.

La doctora Paulette Dieterlen ha estudiado el tema a fondo y por mucho tiempo. Por ello examina con maestría y conocimiento el pensamiento, la obra y las aportaciones de muchos de los teóricos más importantes: Rawls, Sen, Daniels y Cohen, entre algunos de los más reconocidos. A partir de ellos, la autora analiza aspectos fundamentales para las políticas públicas en salud, donde lo mismo el pensamiento filosófico que las experiencias registradas le permiten reconocer la trascendencia de la responsabilidad individual y colectiva en la materia.

No conforme con lo anterior, la doctora Dieterlen nos presenta las aportaciones de algunos pensadores que, para los no conocedores, resultan novedosos. En las páginas del libro se presenta en forma sistemática la contribución que han hecho autores como Shlomi Segall, Madison Powers y Ruth Faden, entre otros.

A los lectores interesados en el tema de la justicia y la salud les resultará de gran utilidad la discusión que establece la autora sobre las diferencias conceptuales de dos nociones semejantes, pero con implicaciones prácticas distintas, cuando pasa revista a la discusión de Allen Buchanan en lo que se refiere al derecho a la salud y al derecho a la protección de la salud.

Este libro, contribución de la doctora Dieterlen al pensamiento y la acción en salud, debe ser muy bienvenido. Toca ahora a los lectores, estudiosos y tomadores de decisiones, aprovechar este trabajo para transformar conceptos en programas y acciones en favor de la salud de nuestra población. Estoy seguro de que la lectura cuidadosa que de este libro hagan médicos y trabajadores de la salud, filósofos y científicos sociales, administradores públicos, legisladores e impartidores de justicia, les será provechosa y ayudará a mejorar los niveles de salud en el país.

José Narro Robles

Introducción

El problema de la salud

El estudio de las teorías de la justicia distributiva en materia de salud es complejo porque a veces, en este terreno, la asignación de recursos responde a situaciones que se conocen como «de decisiones trágicas», es decir, decisiones que tienen que ver con la vida y la muerte. La respuesta se relaciona en especial con el tema de la distribución justa, en torno al cual se ha dado una discusión amplia en el campo de la filosofía, y se refiere a la posibilidad que tenemos de identificar tanto a aquellos individuos indicados para recibir ciertos bienes o beneficios como a los que tienen la obligación de proporcionarlos. Los modelos de distribución han variado a lo largo del tiempo. Existen algunos considerados rígidos, porque toman criterios como el mérito, es decir, se trata de modelos que pretenden distribuir recursos médicos entre quienes los merecen —en los que el criterio del mérito puede resultar muy discutido— y de otros que recurren a criterios más amplios como el que establece que la elección de los individuos depende de actos absolutamente voluntarios; así, uno «elige» los tratamientos médicos adecuados y de quien los quiere recibir.

La pregunta inicial —quiénes son los individuos indicados para recibir ciertos bienes y quiénes tienen la obligación de otorgarlos— comporta interés porque incorpora criterios de justicia distributiva a problemas vinculados a la atención a la salud, y al relacionar la salud con la filosofía abre un espacio dentro de la disciplina denominada bioética. Pero, sin duda alguna, la mayoría de los temas de la

bioética se refieren a las decisiones que toman o deberían tomar tanto los pacientes como los médicos y, en general, todos aquellos que intervienen en los sistemas de salud. Por esta razón, la mayoría de los estudios de esta disciplina se centra en problemas como la autonomía, la privacidad, la confidencialidad, el secreto médico, entre otros. Como lo afirma Onora O'Neill: «Temas como la distribución justa del cuidado de la salud dentro de los sistemas médicos, la salud pública y la distribución global de la salud se han relegado a los márgenes cuando se discuten asuntos de bioética. Quizá estos temas han quedado marginados porque lo que se ha considerado el tema central de la bioética es la autonomía individual».¹ O'Neill menciona como excepción la vasta obra de Norman Daniels, a quien me referiré en varias ocasiones en este libro. Por su parte, Max Charlesworth ha comentado:

Cada sistema de salud en una sociedad económicamente desarrollada se enfrenta a la necesidad de decidir (ya sea formal o informalmente) qué proporción de los recursos totales de la comunidad deben emplearse en cuidados de la salud; cómo deben repartirse los servicios de salud; qué enfermedades e incapacidades y qué formas de tratamiento deben tener prioridad; qué miembros de la comunidad necesitan una consideración especial debido a sus necesidades de salud; qué tratamientos son los más efectivos en relación con el costo.²

Este problema, desde luego, no es exclusivo de los países desarrollados; por el contrario, se presenta también en los países en vías de desarrollo, donde se agudiza por dos razones: la primera es que, por su estado de pobreza, los habitantes de dichos países tienen más necesidades de contar con servicios públicos; la segunda es que el producto interno bruto es mucho más bajo, de tal forma que hay menos qué distribuir y, por lo tanto, los criterios para hacerlo deben estar más definidos y ser más claros. En este texto intentaré mostrar la importancia de las teorías de la distribución de la salud pública en el caso específico de México.

¹ Onora O'Neill, *Autonomy and Trust in Bioethics*, p. 4.

² Max Charlesworth, *Bioethics in a Liberal Society*, p. 107.

En varios trabajos anteriores he estudiado las teorías de la justicia distributiva, las cuales plantean tres elementos fundamentales: los sujetos de la distribución, es decir, por un lado, quiénes reciben los beneficios y, por otro, quiénes tienen la obligación de proporcionarlos; los objetos de la distribución, por ejemplo, el dinero, la educación y la salud; los criterios con los cuales se distribuye y que se expresan en el principio de proporcionar algo a alguien «de acuerdo con... y según sus...» Estos criterios pueden ser las necesidades, el mercado, el mérito y los derechos, entre otros.

En este libro me dedico a examinar primordialmente un objeto de distribución: la salud y su protección. Las teorías que aparecen en estas páginas son ejemplos del trabajo filosófico sobre el tema de la salud. Las discusiones pertinentes remiten a lo que hay que tomar en cuenta cuando se distribuyen los recursos en este terreno. Por ejemplo, es esencial distinguir entre la igualdad y la equidad, como lo veremos más adelante. Hay que destacar otro aspecto significativo: el papel que se confiere a la salud en el marco constitucional de México. También importa saber quiénes son los beneficiarios de los servicios de salud para dilucidar si ésta constituye un derecho universal y si las instituciones mexicanas cumplen con la obligación de procurarla.

En la actualidad existe una amplia bibliografía sobre el tema de la salud, tanto en un sentido empírico como en un sentido filosófico. Por tal razón, en esta introducción daré un repaso breve a la situación en México, y en los siguientes cinco capítulos analizaré diferentes teorías filosóficas que abordan el problema de la salud. Esto último tiene especial significación, ya que no hay ningún texto en español que se refiera a las teorías de la justicia distributiva y la salud. Tampoco en los estudios de bioética se les ha dado el papel que les corresponde. Estoy consciente de que el trabajo de los autores que cito es de carácter teórico y no cuenta con un sustento empírico, pero esto no reduce su importancia. Y un rasgo adicional es que ejemplifica el interés de los filósofos por acercarse a problemas que suelen ser estudiados por especialistas en la materia desde un punto de vista más bien empírico.

En la siguiente sección me ocuparé de lo que establecen las leyes mexicanas con respecto a la distribución de los servicios de salud, para después resaltar su significado en esta investigación.

La legislación mexicana en materia de salud

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4º, afirma lo siguiente: «Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución».³

Para el estudio de las teorías de la justicia distributiva es pertinente que en un párrafo previo, al que se refiere específicamente a la salud, se establece: «Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará».⁴ Después de la afirmación del derecho a la salud, la Constitución estipula: «Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar. El Estado garantizará el respeto a este derecho. El daño y deterioro ambiental generará responsabilidad para quien lo provoque en términos de lo dispuesto por la ley».⁵ Otro derecho relacionado con el derecho a la salud se plasma en el mismo artículo 4º:

Toda persona tiene derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico en forma suficiente, salubre, aceptable y asequible. El Estado garantizará este derecho y la ley definirá las bases, apoyos y modalidades para el acceso y uso equitativo y sustentable de los recursos hídricos, estableciendo la participación de la federación, las entidades federativas y los municipios, así como la participación de la ciudadanía para la consecución de dichos fines.⁶

Además, en la fracción XVI del artículo 73, que se refiere a las facultades del Congreso, se menciona lo siguiente: «1A. El Consejo de

³ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/>. (Fecha de consulta: 28 de febrero de 2012.)

⁴ *Idem.*

⁵ *Idem.*

⁶ *Idem.*

Salubridad General dependerá directamente del presidente de la República, sin intervención de ninguna secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país».⁷ También se afirma: «2A. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá la obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el presidente de la República».⁸ Asimismo se dice: «3A. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país».⁹ Por último, se menciona: «4A. Las medidas que el consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan».¹⁰

Por otro lado, en este trabajo es pertinente mencionar lo que dice la Ley General de Salud.¹¹ El título primero, donde se establecen las disposiciones generales mediante el capítulo único, contempla cuatro artículos, a dos de los cuales me referiré aquí. El artículo 1º afirma:

La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.¹²

El artículo 2º afirma que el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

⁷ *Idem.*

⁸ *Idem.*

⁹ *Idem.*

¹⁰ *Idem.*

¹¹ Ley General de Salud, en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>. (Fecha de consulta: 5 de marzo de 2012.)

¹² *Idem.*

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de las condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.¹³

Es necesario dar espacio en esta investigación al ámbito legal, porque lo que promueven las leyes mexicanas es parte de la discusión en el seno de las teorías de la justicia distributiva. Adelantaré algunos temas que abordaré con detenimiento a lo largo del libro; por ejemplo, la legislación mexicana considera el derecho a la protección de la salud. Algunos autores cuyas posturas examino aquí discuten si la protección de la salud supone estipular un derecho o una necesidad. También se refieren a la conveniencia de utilizar el concepto «protección de la salud» o simplemente el de «salud». La diferencia entre estos dos conceptos, como lo veremos más adelante, tiene consecuencias teóricas y prácticas significativas. El segundo punto que me interesa hacer notar atañe a lo que entendemos por «salud». Llama la atención, por ejemplo, que el artículo 4° mencione el derecho a la protección de la salud en un párrafo aislado, mientras que en otros artículos se definen derechos que garantizan alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, un ambiente sano para su desarrollo y bienestar, así como la garantía de agua limpia. Esto cobra relevancia porque determinantes de la salud como los antes mencionados desempeñan un papel

¹³ *Idem.*

diferente en las teorías de la justicia distributiva en relación con la salud. Según algunos autores, tenemos que considerarlos dentro de la propia definición de salud, mientras que, para otros, debemos partir de una definición estrecha de salud y después tomar en cuenta aquello que la afecta.

Es importante señalar que tanto la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como la Ley General de Salud mencionan dos valores también presentes en las teorías que analizo en este trabajo —la universalidad y la igualdad—, cuando se afirma que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y cuando se dice que la ley reglamenta este derecho común a todos. Estos dos valores constituyen el principal objeto de esta investigación: lo que se entiende por igualdad, y por la expresión «todos», que nos lleva a la universalidad. Asimismo, la Ley General de Salud se refiere a «las necesidades de la población». El concepto de necesidad es clave para el desarrollo de ciertas teorías de la justicia. Por último, quiero detenerme en un rubro que se asienta en la propia Ley General de Salud: «las actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, el mejoramiento y la restauración de la salud». Como se verá más adelante, la responsabilidad es un elemento de especial interés para distinguir las diferentes teorías que se ocupan de la distribución de la salud.

Breve repaso histórico de la creación de las instituciones de salud en México

Lo que aquí planteo sobre la implantación de las políticas públicas en relación con la salud ha tomado como base el capítulo «Equidad y salud. Retos, avances y perspectivas» escrito por Miguel Ángel González Block y John Scott.¹⁴ Según ellos, podemos afirmar que, entre 1917 y 1943, en México se promovieron políticas de salud en dos ejes: uno vertical y otro horizontal. Las políticas verticales consistían en tener cada vez más recursos para más enfermedades; las horizontales,

¹⁴ Miguel Ángel González Block y John Scott, «Equidad y salud. Retos, avances y perspectivas», en Fernando Cortés y Orlandina de Oliveira (coords.), *Los grandes problemas de México*, pp. 211-233.

en abarcar a la mayor población posible. Esas políticas se planearon para resarcir a la población que, después de la Revolución mexicana, se encontraba expuesta a la amenaza de las epidemias. De este modo, «se estableció [...] el Departamento de Salubridad como la primera institución posrevolucionaria diseñada para implementar una política científico-técnica orientada a una prioridad internacional; y a consolidar el poder en las zonas urbanas y estratégicas del país».¹⁵ Así, el artículo 123 de la Constitución Política se instituyó para obligar a los empresarios a garantizar que sus empleados tuvieran sus necesidades de salud satisfechas. González Block y Scott afirman que entre 1917 y 1943 se llegó a un entendimiento en cuanto a las responsabilidades ante enfermedades y accidentes de trabajo: «El objetivo fundamental era estabilizar las relaciones laborales en un marco de justicia, eficiencia y productividad, pero no de propugnar por el bienestar social universal».¹⁶

Más adelante, en la época de Lázaro Cárdenas surgieron los Servicios Médicos Ejidales Cooperativos que dieron origen a clínicas y hospitales. El servicio de salud dejó de ser exclusivamente para el trabajador asalariado y se extendió a la población rural. En 1943, según González Block y Scott, se dio la primera reforma de salud del país y con ella nacieron el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). El primero se creó con un marco institucional para regular las relaciones entre la industria, los obreros y el Estado; mientras que, por su parte, la SSA se estableció

[...] para integrar el hasta entonces vigente enfoque en el saneamiento con los nuevos servicios médicos surgidos de los ejidos colectivos. [...] Dichos servicios se apoyarían en la investigación de las condiciones clínicas propias de la pobreza, para lo cual se justificó el establecimiento de instituciones de alta complejidad, como el Hospital Infantil, el Instituto Nacional de la Nutrición y el Instituto de Enfermedades Respiratorias.¹⁷

¹⁵ *Ibid.*, p. 216.

¹⁶ *Idem.*

¹⁷ *Ibid.*, p. 217.

Ahora bien, los institutos nacionales no pretendían apoyar en la cobertura universal de servicios de salud de tercer nivel, es decir, ser hospitales de gran tamaño donde se encuentran todas las especialidades y se brinda atención diagnóstica completa. Más bien, lo que se intentaba era fortalecer el conocimiento y la profesión médica como factores de peso para resolver los problemas vinculados a la pobreza.¹⁸

Así, la primera reforma de salud estableció dos sistemas públicos y paralelos de atención: el de seguridad social, con el IMSS, los hospitales de Petróleos Mexicanos y, más tarde, en 1959, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y el de asistencia pública, a través de la Secretaría de Salubridad. Estas instituciones dedicadas a brindar servicios de salud resultaron insuficientes y el sector sanitario se volvió dual, al establecer una diferencia entre sectores formales protegidos por la seguridad social y segmentos de la población sin otra atención que la ofrecida por la SSA y la medicina privada. La fragmentación de los servicios de salud obligó a muchos a tener que hacer lo que suele denominarse «gasto de bolsillo» en salud. Por todo lo anterior, en los años setenta se hizo patente un estancamiento del sector formal de la economía que afectó a los servicios de salud, en especial al IMSS. Por ello «una amplia gama de actores, desde campesinos hasta intelectuales, empezó a exigir cambios drásticos al modelo de seguridad social, hasta llevar en 1976 a un intento por extender la cobertura del IMSS a los campesinos organizados en ejidos en el denominado esquema IMSS-Conasupo».¹⁹ Con el auge petrolero, un decenio después aproximadamente, se estableció el programa IMSS-Coplamar sufragado en su totalidad por la federación, el cual terminó convirtiéndose en el que hoy se conoce como IMSS-Oportunidades. Así, como lo expresa Mario Luis Fuentes, «la política social del Estado que se inicia en 1977 parte del reconocimiento a la vocación de ayuda de las actividades de una sociedad plural, diversa y comprometida con los valores de solidaridad, encuentro y diálogo».²⁰

Vale la pena destacar que, en el ámbito internacional, en 1986, cuando Halfdan Mahler era director general de la Organización Mun-

¹⁸ *Idem.*

¹⁹ *Ibid.*, pp. 218-219.

²⁰ Mario Luis Fuentes, *La asistencia social en México. Historia y perspectivas*, p. 115.

dial de la Salud, se llevó a cabo en Alma-Ata, en la antigua Unión Soviética, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Es pertinente detenernos en el tema con cierto detalle porque algunas de las declaraciones emitidas en esa conferencia han sido motivo de discusión de las teorías de la justicia distributiva en materia de salud y su protección. Por ejemplo, en Alma-Ata se estableció que:

[...] la salud, un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud».²¹

La estrategia fundamental consistió en universalizar la atención primaria a la salud y en garantizar la oferta gubernamental de servicios esenciales de salud. El concepto de salud que se menciona en la conferencia y el derecho a ella son algunos de los temas relevantes que examinaré en este libro. La política de atención primaria a la salud contribuyó a que se ampliara el programa IMSS-Coplamar, renombrado luego como IMSS-Solidaridad, y así se construyeron «más de 2 367 unidades médicas rurales de primer nivel, en 1986, las cuales suman hoy en día 3 500. También se construyeron entonces 47 hospitales de campo (que hoy suman 69) operados por el propio IMSS».²² Recordemos que el primer nivel de atención abarca los centros de salud, en los cuales sólo existe la medicina general y preventiva.

Según González Block y Scott, la segunda reforma de los servicios de salud se llevó a cabo en 1983, cuando se promulgó el derecho constitucional a la salud y se concibió por primera vez un sistema nacional de salud como base para garantizarlo. La Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su nombre por el de Secretaría de Salud y se propuso como rectora general.²³

²¹ Declaración de Alma-Ata, en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm. (Fecha de consulta: 8 de marzo de 2012.)

²² Miguel Ángel González Block y John Scott, «Equidad y salud. Retos, avances y perspectivas», en *op. cit.*, p. 219.

²³ *Ibid.*, p. 220.

A partir de la segunda reforma se dieron varios cambios: a) el Banco Mundial impulsó las políticas para mejorar el gasto público en materia de salud con base en la igualdad y la universalidad; b) se reconoció que la universalidad de acceso debe acotarse a intervenciones de probada relación de costo-efectividad; c) en el campo analítico se diseñaron paquetes de servicios costo-efectividad, y se hizo patente que era posible abatir de manera muy importante las enfermedades en el contexto de la transición epidemiológica del país; d) se demostró la necesidad de crear nuevos esquemas de cobertura institucional que superaran el estancamiento de la seguridad social y que lograran promover atención asegurada a toda la población, y e) se rompió el mito de la preponderancia del gasto público en salud: el gasto privado representó 58% del gasto total en salud en el año 2000.²⁴

En los años noventa, como parte de la política del ejecutivo, se dirigió la atención pública a la situación del 10% de la población rural con mayores problemas para recibir atención médica. La Secretaría de Salud, con apoyo del Banco Mundial, impulsó el Programa de Ampliación de Cobertura para llevar los servicios de salud a la población de las zonas rurales. «El programa ofrecía un paquete de 12 intervenciones básicas de salud, enfocado a la atención de grupos vulnerables, como niños y mujeres. Privilegiaba enfermedades como diarrea, enfermedad respiratoria aguda, diabetes, hipertensión y tuberculosis, y problemas como accidentes, desnutrición y salud reproductiva».²⁵ De esta manera, dicen González Brock y Scott, en 1999 la población sin acceso a servicios se redujo 1.7 millones. Sin embargo, se mantuvo la preocupación porque, aun con el Programa de Ampliación de Cobertura, la población seguía padeciendo problemas graves de salud.

Ahora bien, la protección social en materia de salud se reforzó en México desde 2002. Tras un diagnóstico del atraso en la capacidad de respuesta a las necesidades de salud, se vio la urgencia de reforzar la protección. «En comparación con países de ingresos medios en el ámbito mundial, México gastaba una menor proporción del producto interno bruto *per capita* en salud: 5.7%».²⁶ En esa época se diseñó

²⁴ *Idem.*

²⁵ *Ibid.*, p. 221.

²⁶ *Ibid.*, p. 222.

una política de protección sanitaria, la política del Sistema de Protección Social en Salud, con una enmienda al artículo 4º constitucional, y se estableció el programa del Seguro Popular con el fin de beneficiar a los no protegidos por las principales instituciones de salud. El Seguro Popular propuso un esquema de contribución de los gobiernos estatales y federal, así como de las familias, salvo en los casos de aquellas que se encuentran en condiciones de extrema pobreza.

Los tres objetivos del Seguro Popular de Salud en su fase como programa piloto fueron:

1. Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud.
2. Crear una cultura de prepago en los beneficiarios del Seguro Popular de Salud.
3. Disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos de salud.²⁷

Así, con la reforma a la Ley General de Salud de 2002, el Seguro Popular dejó de ser un programa gubernamental para convertirse en ley (en abril de 2003) y fue implementado en todos los estados y el Distrito Federal desde el 1 de enero de 2004. El objetivo, en cuanto a cobertura se refiere, era que para 2010 alcanzara a cubrir *a toda la población mexicana sin seguridad en materia de salud*.

El Seguro Popular pretende cubrir con la seguridad en materia de salud a todos aquellos que carecen de la seguridad social de instituciones como las siguientes:

- IMSS, donde se brindan servicios a los trabajadores formales del sector privado;
- ISSSTE, que atiende a los empleados del gobierno;
- Pemex, Secretaría de Marina y Secretaría de la Defensa Nacional, que se encargan de otorgar servicios y prestaciones a los trabajadores o miembros de sus propias dependencias.

²⁷ Véase, sobre el Seguro Popular de Salud, <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx>. (Fecha de consulta: 8 de marzo de 2012.)

El Seguro Popular tiene cinco objetivos específicos:

1. Reducir el gasto privado de los afiliados y evitar el empobrecimiento por gastos en salud.
2. Ofrecer un paquete explícito de servicios de salud: diagnóstico, tratamiento y medicamentos, que correspondan al perfil epidemiológico y a la demanda de los servicios y a las necesidades de salud.
3. Fomentar la atención oportuna de la salud de las familias mexicanas, evitando la postergación y el consecuente agravamiento de enfermedades por motivos económicos.
4. Fortalecer el sistema público de salud para reducir la brecha entre familias derechohabientes de la seguridad social y las que no lo son.
5. Contribuir a superar inequidades y rezagos en la distribución del gasto entre las entidades federativas con diferentes niveles de desarrollo en materia de salud.

El Seguro Popular opera con un esquema de financiamiento tripartito conformado por una cuota social proveniente: *a)* de las aportaciones del gobierno federal; *b)* de los gobiernos estatales y *c)* de una cuota familiar de quienes se afilian a este seguro, la cual se determina mediante una evaluación socioeconómica.²⁸

- El Seguro Popular es un seguro público y voluntario que ofrece un paquete explícito de servicios de salud (diagnóstico, tratamiento y medicamentos).
- Fortalece el sistema público de salud, superando la brecha entre derechohabientes de la seguridad social y los que no lo son.
- La póliza del Seguro Popular cubre hasta ahora 266 intervenciones o servicios médicos.²⁹
- Garantiza el surtimiento de 312 claves de medicamentos asociados con el paquete de servicios.

²⁸ *Idem*.

²⁹ Cf. http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/descargas/menu_beneficios/catalogo_universal_explicito.pdf. (Fecha de consulta: 9 de marzo de 2008.)

- Sustituye el pago de cuotas de recuperación por aportación anticipada.
- Reduce el riesgo de enfrentar gastos catastróficos a las familias vulnerables.
- Las aportaciones se realizan conforme a la capacidad de pago de cada familia.
- Ofrece acceso igualitario a la atención médica, trato digno y atención de calidad.
- Da la oportunidad de programar citas y exámenes preventivos.
- Fomenta la atención oportuna de la salud.³⁰

A pesar de los avances en materia de salud; todavía persisten grandes deficiencias. Por ejemplo, respecto al Programa del Seguro Popular de Salud, Cordera, Lomelí y Narro comentan que es necesario discutir si el modelo puesto en operación contribuye a fortalecer la idea de que existe un derecho a la protección de la salud, cuyo cumplimiento es responsabilidad primaria del Estado y, en consecuencia, si la idea de la cuota familiar y la de un pago anticipado no es contraria al espíritu del artículo 4º constitucional. Queda claro que hay posibles contingencias financieras, que no existen las reservas para contender con la demanda potencial de los servicios que se ofrecen, que la naturaleza de las cuotas familiares es, por decir lo menos, intrascendente, y que la participación presupuestaria de los gobiernos estatales en el financiamiento del sistema de salud tampoco parece haberse modificado. Otro de los problemas que más afecta a dicho programa es que, en principio, se iba a aplicar a los sectores de la población que previamente no tenían ningún tipo de cobertura; sin embargo, no se cuenta con la infraestructura ni con los recursos humanos necesarios para hacerlo. Los servicios disponibles no han crecido lo suficiente para atender los compromisos contraídos.³¹

Otro problema digno de tomarse en cuenta es que, como ya se mencionó, las propuestas para el mejoramiento de la salud se han lle-

³⁰ Cf. http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/menu_beneficios/beneficios_inicio.html. (Fecha de consulta: 8 de marzo de 2008.)

³¹ Rolando Cordera, Leonardo Lomelí y José Narro Robles, «Hacia la universalización de la salud», en Coloquio Hacia la Universalización de la Salud y la Seguridad Social, UNAM, Facultad de Medicina, junio de 2006.

vado a cabo atendiendo al mecanismo de costo-efectividad, el cual ha sido blanco de críticas de parte de los filósofos dedicados al tema de la justicia distributiva en materia de salud.

Breve análisis de la situación de los servicios de salud en México

Según el Informe sobre Desarrollo Humano 2011, titulado *Equidad del gasto público: derechos sociales universales con subsidios focalizados*,³² el sistema de salud pública en México nació fragmentado en dos grandes componentes: los servicios de salud para la población asegurada (PA), ofrecidos por las instituciones de seguridad social, y los servicios para la población no asegurada (PNA), provistos por la Secretaría de Salud y sus equivalentes estatales.³³ Así, la seguridad social es la forma de organización dominante y, dentro de ella, el IMSS con aproximadamente 48 millones de afiliados. Los organismos para trabajadores del sector público central son el ISSSTE que afilia a cerca de 11 millones de personas, y los organismos homólogos de los gobiernos estatales, con aproximadamente 1.5 millones de personas. Pemex y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) son regímenes especiales de seguridad social que cubren a cerca de 1.5 millones de personas.³⁴

Ahora bien, la población no asegurada puede ser atendida en hospitales locales o federales, y desde 2002 en el Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, que explicamos antes. Así, el gobierno federal planea que, para 2012, toda la población esté cubierta, ya sea por la seguridad social o por el Seguro Popular. Con ello, la población total con acceso a servicios públicos de salud alcanza casi 78 millones de personas, pero se estima que todavía el sector privado es más grande que el público en flujo financiero y en diversos servicios.

³² Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, «Salud y gasto público: de un sistema fraccionado y desigual a uno universal de calidad», en *Equidad del gasto público: derechos sociales universales con subsidios focalizados*, cap. 3, Informe sobre Desarrollo Humano, 2011.

³³ *Ibid.*, p. 87.

³⁴ *Ibid.*, p. 88.

Como ya se dijo, en 2002 se reformó la Ley General de Salud para crear el Sistema de Protección a la Salud, a fin de reducir los gastos de bolsillo y catastróficos. Se considera un gasto catastrófico cuando una persona tiene que pagar más del 40% de su ingreso en servicios de salud. En forma implícita, la reforma buscaba que el gobierno federal regulara la acción de los estados y que se centralizara parte del gasto en salud.³⁵

En el Informe sobre Desarrollo Humano 2011 se afirma que la multiplicidad de componentes del Sistema Nacional de Salud ha implicado desigualdades importantes en el acceso y la calidad de los servicios públicos de salud, debido a su cobertura truncada y regresiva, a las diferencias del gasto por tipo de beneficiario y a las restricciones para el uso de los servicios, aun para aquellos a quienes están dirigidos formalmente tales servicios.

El Informe sobre Desarrollo Humano señala que el gasto total en salud como proporción del producto interno bruto (PIB) en México ha aumentado significativamente en años recientes, al pasar, entre 1996 y 2005, de 5.1 a 6.5% del PIB, o de 3 349 a 5 247 pesos *per capita*. A pesar de ello, ese gasto como proporción del PIB aún está por debajo del promedio de los países latinoamericanos, que es de 7%, y del promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que es de 9 por ciento.³⁶

México se encuentra entre los países con menor gasto público en la región y también entre aquellos donde el gasto público representa aún una fracción minoritaria del gasto total en salud (46%), en contraste con un promedio regional de 55% y del promedio de los países miembros de la OCDE, que es de 72%. Esto significa que el acceso a servicios de salud en México aún depende en forma preponderante de la capacidad privada de compra de los hogares (50%). Dada la distribución del ingreso en los hogares en México, esto implica una distribución excepcionalmente desigual en el acceso a bienes y servicios de salud, situación que se agrava al considerar las desigualdades horizontales y verticales en la distribución de los recursos públicos. Además, la desigualdad puede estar inducida por la fragmentación del Sistema Nacional de Salud.

³⁵ *Idem.*

³⁶ *Ibid.*, p. 89.

Ahora bien, un primer criterio para evaluar si el gasto público en salud está cumpliendo con sus objetivos fundamentales, según el Informe sobre Desarrollo Humano, es observar si se reduce tanto la desigualdad como la carga financiera que los eventos de mala salud imponen a los hogares. Por ello es de particular importancia analizar en qué medida el gasto público reduce las formas más inequitativas, empobrecedoras e ineficientes de gasto privado, que son el *gasto de bolsillo* y los *gastos catastróficos y empobrecedores*. Así, 50% del gasto en salud en México es privado, y en este rubro predomina el gasto de bolsillo.³⁷ Estos datos muestran cómo se encuentran de manera general las instituciones de protección a la salud, así como los resultados que han arrojado:

En la actualidad se ha percibido un avance en lo que se refiere a los sistemas institucionales de protección a la salud. Sin embargo, hay rezagos y retos que las instituciones deben superar. José Narro enumera seis.³⁸ Primero, el crecimiento de la población; aunque, como él advierte, se han tomado medidas para reducirla, en 2010 había más de 112 millones, lo que significa que la población sigue creciendo.³⁹ El segundo rezago es el de la dispersión de la población rural; por ejemplo, en el censo de 2000 se contaron 196 350 localidades con 2 500 habitantes. Esta dispersión poblacional representa serias dificultades para brindar servicios, atención médica, educación, vivienda y sanidad, entre otros.⁴⁰ El tercer rezago es la mortalidad infantil que, si bien ha mejorado de manera notable; sigue siendo muy alta; por ejemplo, es seis veces mayor que la de Japón, cinco veces más alta que la observada en Alemania, España o Francia, cuatro veces mayor que la de Canadá y el doble de la de Costa Rica o Chile. El cuarto rezago está en la esperanza de vida al nacimiento. Este rezago es una muestra de la diferencia que existe entre los distintos estados del país y se debe a la condición socioeconómica, de género o de ser

³⁷ *Ibid.*, p. 101.

³⁸ Cf. José Narro Robles, «Rezagos y retos de la salud», en Manuel H. Ruiz de Chávez y José Cuauhtémoc Valdés Olmedo (comps.), *La salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos*, p. 106.

³⁹ El número de habitantes de México es mayor que el que menciona José Narro, pues las cifras se han actualizado. Cf. INEGI, en <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>. (Fecha de consulta: 12 de marzo de 2012.)

⁴⁰ Cf. José Narro Robles, «Rezagos y retos de la salud», en *op. cit.*, p. 107.

indígena.⁴¹ El quinto rezago se refiere a las defunciones infantiles. Citando al doctor Lozano, Narro Robles dice:

La mayor parte de esas defunciones en los menores de un año son las que se registran en los primeros días y de hecho son las que se registran en las primeras 24 horas de vida. Esto quiere decir que los niños nacen y no pueden respirar, mueren por asfixia, mueren por dificultad respiratoria, mueren por falta de condiciones adecuadas en la atención médica o no médica del parto.⁴²

Por último, el sexto rezago se refiere a problemas que de repente parecieran no preocuparnos tanto, por las transiciones; es el caso de muchas de las viejas causas, las enfermedades infecciosas, las transmisibles, las debidas a la pobreza, como si ya se hubieran superado todas nuestras condiciones de subdesarrollo, pobreza e injusticia.⁴³

Por otro lado, entre los retos que debemos enfrentar están los siguientes: el bono demográfico que se combina con envejecimiento poblacional; las conductas no saludables; la diabetes *mellitus*, cuyo aumento en la población es verdaderamente alarmante, y la organización y el financiamiento de los servicios de salud, en especial de las pensiones, pues el drama social que augura el futuro será terrible. La heterogeneidad de la calidad y los recursos humanos son otros dos retos.⁴⁴ Podemos añadir otro rezago y otro reto: el escaso conocimiento de las teorías filosóficas que se ocupan de la distribución justa en el área de la salud, y su nula presencia en la discusión. Mientras que en países como Francia, Inglaterra y Estados Unidos los filósofos se han ocupado de los problemas de salud, en México el debate prácticamente ha sido inexistente. Sin duda se ha avanzado mucho en los estudios de bioética, pero éstos no han incorporado el tema de la justicia distributiva. El reto es dar a conocer algunas de las principales teorías con el afán de incluirlas en la discusión de bioética, como en la de las políticas públicas que se dirigen a los sistemas de protección de la salud.

⁴¹ Cf. *ibid.*, pp. 107-108.

⁴² Cf. *ibid.*, p. 108.

⁴³ *Idem.*

⁴⁴ *Ibid.*, pp. 108-109.

Para cerrar este apartado quiero hacer una aclaración en relación con tres temas de especial importancia. El primero tiene que ver con el interés de revisar brevemente la historia de la salud pública en México, lo cual me parece pertinente porque el libro se dirige principalmente a académicos que se dedican a la filosofía y a la bioética. En ese contexto, es conveniente presentar, de una manera muy general, los cambios en los sistemas de salud pública en México. Es conveniente conocer algo de historia para saber cuál es el terreno en el que las teorías sobre la justicia y la salud pueden encontrar un campo de aplicación.

El segundo tema atañe a la importancia que el tema de la justicia distributiva de los recursos de salud ha tenido en nuestro país. En numerosas instituciones como Funsalud, la Universidad Nacional Autónoma de México (en algunas de sus facultades, institutos y programas), la Comisión Nacional de Bioética, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, entre otras, se han llevado a cabo investigaciones acerca de estos tópicos. Se han publicado libros de autoría única, compilaciones, artículos de gran calidad sobre los temas de la justicia en la distribución de la salud y sobre el derecho a la salud. En la bibliografía de este libro he incluido una sección al final con textos producto de esas investigaciones. Sin duda, vale la pena escribir una obra sobre estos temas en el contexto mexicano, pero mi propósito aquí es más limitado: en este libro me dedico a analizar las teorías de la distribución de la salud que surgieron a raíz de la potente teoría de la justicia de Rawls y de la influyente aplicación que de ella hace Norman Daniels en el tema de la salud. Este trabajo se circunscribe a las discusiones que se han dado en el pensamiento anglosajón pero que, dada su importancia, seguramente nos ayudarán a reflexionar sobre la realidad mexicana.

El tercer tema se refiere a cómo los autores, cuyas teorías explicamos en esta obra, valoran la igualdad. Por ello, en el capítulo I me dedico a plantear la discusión actual sobre el tema. En el capítulo II presento la teoría de la justicia en el ámbito específico de la protección de la salud que propone Norman Daniels, ya que su obra no sólo es pionera en estos estudios sino que, como sucede con la obra de John Rawls, se ha vuelto imprescindible para quienes escriben sobre la distribución de la salud con un enfoque filosófico. En el capítulo

lo III me ocupo de una de las posturas críticas, tanto de la obra de Rawls como de la de Daniels: la de quienes piensan, como Shlomi Segall, que éstas no conceden espacio a las decisiones responsables de las personas. Este tema en materia de salud cobra gran relevancia, ya que en los retos señalados las conductas no saludables desempeñan un papel clave cuando hablamos de los servicios de protección a la salud. En el capítulo IV examino un tema que aparece constantemente en las discusiones filosóficas sobre la protección a la salud: la definición del propio concepto de salud. Existen autores que parten de una definición estrecha del concepto de salud y otros que lo unen a otro más amplio como es el de bienestar humano. Por último, en el capítulo V me dedico a examinar los planteamientos de Buchanan, para quien la importancia de la salud consiste en que es un derecho. Su posición resulta interesante porque va de acuerdo con lo que dicta la legislación mexicana.

Concluyo este libro abordando brevemente ciertos temas que han quedado fuera de esta investigación, pero que son necesarios para el estudio de la protección de la salud; entre ellos, el estudio de las enfermedades mentales, el problema que plantean las patentes, los avances de la genética y, por último, la visión global de las teorías de la justicia. Necesitaríamos investigar más a fondo estos temas. Por el momento me interesaron las teorías de la justicia distributiva que sostienen que la salud debe ser un bien universal y que la igualdad en los servicios de protección de la salud es un valor que no podemos dejar de lado.

Es necesario que en los ámbitos de la academia y en la esfera de los responsables de las políticas públicas que se dedican a la salud se conozcan las principales teorías filosóficas y, también, que en las discusiones filosóficas exista una preocupación por la salud y su protección. Éste es el objeto de la obra que aquí presento.

Capítulo I

La igualdad y los criterios de distribución

Si consideramos que la salud es un bien que se debe distribuir, es pertinente presentar algunas de las discusiones en torno al criterio que se utiliza cuando hablamos de los mecanismos de distribución. Si bien en la primera parte de este capítulo sólo se toca tangencialmente el tema de la salud, es necesario estar al tanto de la discusión que antecedió a las teorías que se refieren exclusivamente al ámbito de la salud.

La discusión sobre el tema empieza con la publicación de *A Theory of Justice* de John Rawls y sigue con la publicación del artículo «¿Igualdad de qué?» de Amartya Sen (Tanner Lectures, 1979). En este artículo, Sen se opone a ciertas corrientes igualitarias defendidas por el utilitarismo y a la noción de bienes primarios que John Rawls había acuñado en su teoría; pero su propósito principal consiste en explicar a qué nos referimos cuando usamos la palabra «igualdad». Comenzaré explicando brevemente la teoría de la justicia de Rawls y me detendré un poco más en la noción de bienes primarios, para examinar después tanto las críticas de Sen como las de otros filósofos como Richard Arneson y Gerry A. Cohen. Al final de este capítulo expondré las aclaraciones que el propio Rawls ha hecho con objeto de exponer, en el siguiente, la adaptación para la salud que propone Norman Daniels.

Las aportaciones de Rawls y la teoría de la justicia

La teoría de Rawls nos remite al tema de los bienes primarios como criterio de distribución; también nos introduce al pluralismo social,