

Introducción

El concepto de ética médica denota, fundamentalmente, principios y conductas concernientes a la práctica médica, tendentes a calificar lo correcto o incorrecto de la actividad diaria realizada por los profesionales de la medicina. Por su parte, la ética médica en el campo de la economía de la salud, se refiere, de manera principal, a la aplicación de dichos principios para evaluar los logros de una sociedad por alcanzar un desarrollo más equitativo, solidario y con mayor justicia social en donde la salud de la población sea parte esencial. Esta revisión es posible a partir del análisis de la congruencia y pertinencia de las políticas sociales y económicas puestas en práctica por el Estado para lograr que el desarrollo social se traduzca, efectivamente, en mejorar las condiciones de salud de los habitantes.

Esta definición intenta recoger las responsabilidades del Estado y de los sectores de la sociedad, tal y como se asentó en la declaración de OMS en 1946; ahí se expresó que “La salud de todos los pueblos es fundamental para alcanzar la paz, la seguridad y depende de la más completa cooperación entre el individuo y el Estado. Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus pueblos, esta responsabilidad sólo puede ser cumplida con la previsión de las medidas sociales y protectoras de la salud que resulten necesarias”.

Este propósito se plasmó en México en 1983 cuando se elevó a rango constitucional el derecho a la salud, mediante la introducción del párrafo tres en el artículo cuarto de la Constitución Política, en el cual se establece 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 sa-

lud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general...”

Al respecto, es necesario hacer una distinción entre dos tipos de garantías consagradas en la Carta Magna: las individuales y las sociales. Para las primeras (como el derecho a la libertad, la igualdad ante la ley y la justicia), el gobierno se compromete a respetarlas; en tanto que para las garantías sociales (derecho a la educación, al empleo, a la vivienda), el gobierno debe programar sus esfuerzos para promover y orientar las acciones del sector social y privado con el fin de hacer efectivos tales derechos. Es decir, el gobierno asume el compromiso de dar rectoría a las acciones, así como buscar los medios necesarios para proveer el logro de su cumplimiento, ya que ningún país, ni los más desarrollados, estarían en posibilidades de brindar todos los beneficios que ofrece la medicina actual a toda su población (Soberón, 1987). Por su parte, la sociedad civil debe mantener y ejercer, desde un punto de vista ético y democrático, su capacidad crítica para revisar y demandar (a partir de los cauces institucionales adecuados y la rendición de cuentas de los servidores públicos) que los esfuerzos que el Estado mexicano efectúa por proporcionar servicios de salud de calidad a todos sus ciudadanos, correspondan fehacientemente con el grado de desarrollo que el conjunto de la economía ha alcanzado.

La elevación del derecho a la salud a rango constitucional en México siguió a dos importantes reuniones: a) la declaración de la OMS de 1977, en donde se estableció que la salud era un derecho fundamental y un objetivo social, por lo cual era necesaria una distribución equitativa de los recursos humanos, materiales y financieros para aspirar a un mejor nivel de

salud, y por ende, a una vida social y económica productiva, y b) la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, organizada por la OMS y el Unicef, en Alma Ata en 1978, en la cual se formuló el programa "Salud para Todos en el año 2000", suscrito por 157 países, entre ellos México.

A tres años de haberse cumplido la fecha propuesta por la OMS, es necesario sugerir una serie de criterios útiles, desde el punto de vista de la ética médica, para evaluar los logros que ha alcanzado México en materia de salud, así como analizar los retos que enfrentará en los próximos años; de esa manera se podrá medir el avance de la sociedad mexicana por lograr una sociedad más justa y más equitativa en materia de salud. Los criterios propuestos son los siguientes:

1. La equidad y la justicia como estrategias centrales en la evaluación de los logros del sistema de salud.
2. Un marco conceptual que permita esclarecer la relación entre los determinantes de la salud, el desarrollo económico y el desarrollo humano (la calidad de vida como categoría más amplia para unir tales criterios).
3. La inversión en salud como motor fundamental del desarrollo humano y económico, y la salud como derecho social esencial de los individuos.
4. La evaluación preliminar de los logros alcanzados y de los retos del Sistema de Salud en México.
5. Establecer criterios de equidad y justicia financiera en la formulación de las políticas públicas, que se traduzcan en una mejor asignación de los recursos económicos para la salud.

La equidad y la justicia como estrategias centrales en la evaluación de los logros del sistema de salud

Con frecuencia se considera que para alcanzar una sociedad más justa debe formularse el principio de igualdad como el ideal distributivo por excelencia, es decir, por lo general se piensa que un mundo más justo es aquél en donde sus habitantes son más igua-

les, ¿pero iguales en qué?, ¿es necesariamente una sociedad igualitaria más justa?

Con preguntas como las anteriores, el economista Amartya Sen (1992) ha cuestionado la simplicidad que subyace detrás de lo que podría considerarse una posición ingenua sobre la igualdad social. Por ejemplo, bajo el principio de igualdad se condenaría a recibir bienes y servicios iguales a una persona sana y a un parapléjico, lo que con dificultad se ajustaría a un ideal de justicia, pues son mayores las necesidades de este último. Sen, por el contrario, plantea la necesidad de considerar las diferentes capacidades que tienen los individuos, por una parte, para conseguir bienes y servicios, y por la otra, para recibirlos dada su condición social. La solución estaba, entonces, no en que los individuos gocen sólo de un trato igualitario, sino de que éste considere sus diferentes condiciones, es decir, un trato no igualitario sino equitativo, el cual permita brindar oportunidades diferentes para que los individuos puedan desarrollar sus distintas capacidades y funciones.

La cuestión fundamental sigue siendo ¿qué considerar como justo? Una pregunta que varios pensadores han tratado de resolver, quizá desde el surgimiento de las sociedades humanas. En 1971 John Rawls (quizá uno de los filósofos más influyentes en el campo de la economía y la jurisprudencia) planteó el abordaje del problema de la justicia en los siguientes términos: si una comunidad se reuniera en igualdad de circunstancias, tras un "velo de la ignorancia" con respecto a la posición real que cada individuo tendrá al final, sin que ninguno de los participantes sepa que posición ocupará y sabiendo de antemano que prevalecerán condiciones de desigualdad económica; entonces es previsible que los pactantes establecerán reglas que beneficien al máximo a los que queden en peor condición, es decir, buscarían proteger a los de posición económica menos favorecida. La discusión de este principio es fundamental, ya que en la asignación de los recursos económicos y en la construcción de leyes más justas, es necesario tener siempre presente criterios de equidad.

Establecer una definición única del término equidad en salud no es algo sencillo, para ello se han organizado diversos foros, mesas de trabajo y se han escrito centenares de artículos. Dos aproximaciones conceptuales que giran en torno a la problemática de la justicia y la equidad son las siguientes:

Para Margaret Whitehead (1992), la equidad en salud estriba en ofrecer a todo el mundo, idealmente, la oportunidad de que pueda realizar su máximo potencial. La autora distingue, a su vez, entre desigualdades aceptables (es decir, aquellas que provienen de la libre elección de los individuos), injustas e innecesarias (que resultan de una desigual distribución de los determinantes de la salud y escapan del control de los individuos), e inevitables (que son consecuencia de la distribución desigual de ciertos factores, como los de origen genético).

Por su parte, Julio Frenk (1994) ha señalado que para lograr una equidad en el sistema de salud se debe lograr una mejor distribución de los servicios, en forma tal que éstos sean proporcionales a las necesidades de salud, independientemente de la contribución previa de la persona; asimismo, propone una igualdad de esfuerzos en la búsqueda y obtención de los servicios de salud.

En el ámbito internacional, la OMS ha impulsado en su agenda la iniciativa global de promover y apoyar la puesta en práctica de políticas y acciones tendientes a reducir las brechas sociales evitables en materia de salud y atención (OMS, 1996). Esta iniciativa es un intento por dar nuevo impulso al objetivo de Alma Ata de 1978, pero basada en dos consideraciones: primera, efectuar una revisión crítica de las necesidades y las estrategias a la luz de las actuales condiciones económicas, sociales y políticas por las que atraviesa el mundo en el nuevo milenio; segunda, partir del hecho de que los logros promedio de los sistemas de salud no pueden considerarse como un indicador suficiente para evaluar el desarrollo de un país en materia de salud. Ante esto, la equidad aparece como una estrategia central para evaluar tales avances.

Impulsados por el interés común en el estudio de la desigualdad que prevalece en el mundo, alrededor de 100 investigadores de más de 15 países conformaron la Iniciativa Mundial para la Equidad en Salud (Global Health Equity Initiative, GHEI), con el apoyo de la Fundación Rockefeller, para el estudio de dicha problemática.

Finn Diderichsen, uno de los participantes en dicha iniciativa, ha desarrollado escenarios que intentan ilustrar el concepto de justicia en el campo de la salud. Por ejemplo, cuando un grupo de niños que vive en condiciones de pobreza pierde la vida debido a alguna enfermedad infecciosa, para la cual en el mundo se disponen de intervenciones efectivas, la mayoría consideraría que esas muertes son evitables, innecesarias e injustas. En el otro extremo, es posible ubicar a personas ricas que se exponen a un riesgo elevado de morir a edad temprana por su decisión de emplear sus vacaciones en escalar los montes Himalayas; estos decesos son también evitables e innecesarios, pero difícilmente podrían ser calificados como injustos. A su vez, no es posible considerar como injustos aquellos casos en donde los individuos sufren de afecciones en su salud por fumar en exceso, cuando tienen plena conciencia sobre los efectos nocivos del tabaco. Pero cuando algunos grupos de población, como el de las madres solteras, presentan altas tasas de prevalencia de tabaquismo, entonces no es posible estar del todo seguros sobre si una opinión de condena sea justa. ¿Y qué sucede si los grupos de fumadores son pobres o ricos? Estos ejemplos muestran que el tema de la inequidad en salud debe pasar por una serie de consideraciones (matizadas por nuestros juicios y valores) para poder emitir una mejor opinión, pero surge aquí la pregunta: ¿sobre qué base construimos nuestros esquemas de valores? (Diderichsen, 1999).

La importancia de contar con un marco conceptual que permita esclarecer la relación entre los determinantes de la salud, el desarrollo económico y el desarrollo humano

Diderichsen (1999) ha planteado que la evaluación de la justicia o no de la distribución de la salud y los cambios en ésta, depende del conocimiento que se tenga sobre los mecanismos causales de la enfermedad y, en buena medida, de la teoría de causalidad que se utilice para su comprensión, pero también de las políticas dirigidas a modificarlos.

La primera parte de este concepto puede ejemplificarse si recordamos que hace algunos años muchas de las enfermedades cardiovasculares podrían haber sido calificadas como francamente inevitables. El estudio Framingham, una de las primeras investigaciones epidemiológicas que más contribuyeron a esclarecer muchos de los factores de riesgo que generan este tipo de males, comenzó en 1940. Hoy día observamos que la mortalidad debida a enfermedades cardiovasculares tiene una tendencia abiertamente descendente en la mayoría de los países más desarrollados; es decir, ejercer una de las características de estos países, su capacidad de ser desarrollados por capacidad de generar conocimientos. De ahí que las sociedades basadas en el conocimiento conciben el gasto en ciencia y tecnología como una inversión necesaria para generar conocimiento útil, a fin de saber más sobre los factores que originan los males cardiovasculares y poner en práctica, en consecuencia, la tecnología apropiada para su prevención y control (nuevos medicamentos, darle educación nutricional a la población, etcétera); en contraste, en las naciones menos desarrolladas, como la nuestra, los padecimientos crónicos se encuentran en fase de ascenso creciente.

Para la comprensión de los determinantes en salud, Diderichsen *et al.* (1998) han propuesto un modelo para esclarecer los mecanismos a través de los cuales se producen y refuerzan las desigualdades en salud. Los autores parten de conceptualizar la influencia

que tienen tanto el contexto social como las políticas sociales en la determinación de la salud en distintos momentos: a) la influencia de la estratificación social en la determinación de la posición social del individuo, que a su vez influirá en la movilidad social que tendrá éste en la sociedad; b) el papel de las políticas sociales para modificar los niveles de exposición de la persona a condiciones de pobreza, insalubridad y laborales; c) la influencia de la cohesión social, la cual puede ser afectada por cambios sociales (un aumento de la brecha entre ricos y pobres llevaría a una disminución de la cohesión social), y d) la influencia que tienen las políticas de salud en modificar de manera directa los efectos o resultados en la salud de la población.

Otras partes del modelo se explican de manera más detallada en otro de los capítulos de este libro; en esta sección se examinará el contexto social nacional e internacional y su impacto en los niveles de desigualdad del país. En primer lugar, citaremos al economista estadounidense Lester Thurow, quien describe en forma por demás acertada, el cambio que ha experimentado la economía mundial: “Por primera vez en la historia de la humanidad, todo se puede hacer en cualquier parte y vender donde se quiera. En las economías capitalistas esto significa fabricar cada componente y desarrollar cada actividad en el lugar del planeta donde pueda ser más barato” (Thurow, 1996).

Sin embargo, los cambios que ha experimentado la sociedad global en tecnología y prosperidad material no se han traducido en una mejor distribución de la riqueza; por el contrario, en la economía globalizada subsisten tendencias que señalan un incremento y una profundización de la desigualdad, que se manifiesta en: a) el aumento en el número de pobres; b) la mayor concentración de la riqueza; c) la caída en los ingresos salariales; d) la menor creación de empleos, el incremento de la economía informal y la mayor exclusión de los beneficios de la seguridad social, y e) la transición epidemiológica y el desarrollo social.

El aumento en el número de pobres

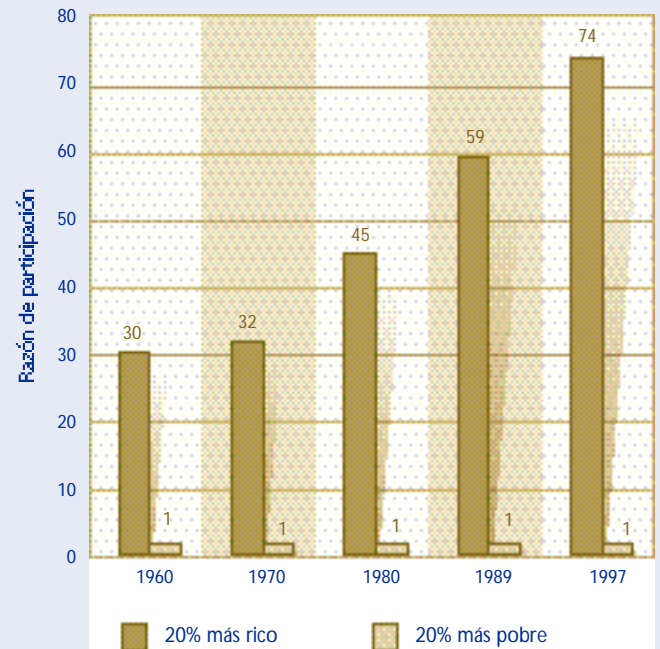
De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, casi la quinta parte de los 6 200 millones de habitantes del planeta vive atrapada en la pobreza extrema, sin posibilidades de salir de ella en el corto plazo. Por su parte, los datos del Banco Mundial (BM) sobre pobreza en el mundo señalan un preocupante aumento en el número de pobres (World Bank, 1999). En 1987, el BM estimó que había 1 200 millones de pobres. En 1999, calculó que alrededor de 25% de la población mundial (1 500 millones de personas) contaba con menos de un dólar al día para su sustento; es decir, sobrevivía en condiciones de pobreza extrema. La cifra ha aumentado en los últimos años y se ha agravado el futuro inmediato, luego de la crisis asiática de 1997, los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y los recientes fraudes y quiebras corporativos que han profundizado la recesión económica de Estados Unidos.

En América Latina y el Caribe –donde viven 534 millones de personas–, 40% de sus pobladores enfrenta la pobreza y 20% subsiste en condiciones de pobreza extrema. En México, de acuerdo con cifras oficiales de la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), el número de mexicanos en condiciones de pobreza era de 40 millones (40% de la población); mientras que el número de personas en pobreza extrema era de 26 millones. Los datos del BM indican que el país forma parte del grupo de 12 naciones en las cuales habita 80% de los pobres del planeta.

La mayor concentración de la riqueza

Hoy no sólo existe un mayor número de pobres, sino que la riqueza que se produce en el mundo está cada vez más distribuida de manera desigual. En el Informe de Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 1999), se expresa que la diferencia en los ingresos del 20% de la población más rica en comparación con los ingre-

Figura 1. Disparidad de ingresos entre el 20% más rico y el 20% más pobre de la población mundial



FUENTE: PNUD. Desarrollo Humano:Informe 1992 y 1999.

En 1987, el Banco Mundial estimó que había 1200 millones de pobres. En 1999, calculó que alrededor de 25% de la población mundial contaba con menos de un dólar al día para su sustento; es decir, sobrevivía en condiciones de pobreza extrema

Los salarios del 20% de la más pobre, se ha incrementado en las últimas cuatro décadas: en 1960 era 30 veces mayor, en 1980 aumentó 45 veces, y en 1997 la diferencia llegó a 74 veces (figura 1).

Por su parte, los datos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 1999), revelan que América Latina y el Caribe es la región donde se encuentran las mayores desigualdades en la distribución del ingreso y los individuos más ricos reciben una mayor proporción del ingreso; a continuación se ubican África, Asia y los países industrializados. Más aún, un estudio de Merrill Lynch calculaba que en el año 2001, a pesar de la crisis económica, los ricos se hicieron más ricos en todas las zonas del mundo, pero la que mayor progreso tuvo en este rubro fue América Latina, con 8%.

México se coloca entre los países con una de las peores distribuciones de la riqueza en América Latina: según cifras del BM, en 1997 el PIB de México fue de alrededor de 348.6 mil millones de dólares, lo cual pone a la economía mexicana como la número 16 en la escala mundial (datos más recientes la ubican en el lugar número 9); sin embargo, cuando se compara su PIB per cápita (3 700 dólares) con el de las demás economías, pasa a ocupar el lugar 81 (de una lista de 96 países de los que se tiene información). En el Plan Nacional de Desarrollo se confirmaba que 20% de los hogares más ricos poseían 56.5% de la riqueza nacional; mientras que 20% de los hogares más pobres sólo tenía 3.5%.

La caída en los ingresos salariales

Thurow señala cómo en Estados Unidos, a partir de 1973, los salarios reales, corregidos por la inflación, comenzaron a declinar para todas las edades, las industrias y las ocupaciones, así como en todos los niveles educativos, incluso entre quienes poseían títulos de posgrado. En las últimas dos décadas, sólo el quintil superior de la fuerza laboral ha experimentado aumentos en el salario real; en tanto, la caída más severa ha sido para los jóvenes.

El informe del BID sobre América Latina indica cómo la capacidad de compra del salario mínimo en la mayoría de los países latinoamericanos es muy inferior a lo que era a comienzos de la década de los ochenta, y señala, entre otros factores causales, a la crisis de la deuda y los procesos de ajuste que llevaron a las caídas del salario, las cuales se corrigieron de manera parcial en Colombia, Costa Rica y Panamá; pero en otros países la caída fue de 20 y 40%, como en Honduras, República Dominicana y Venezuela; mientras que entre las naciones donde la caída fue de alrededor de 60% se pueden citar a Brasil, México, Guatemala y Perú. En México, la Comisión Nacional de Salarios Mínimos señaló que el poder de compra del salario mínimo en 2002 representaba sólo 25% de lo que los trabajadores podían adquirir en 1976.

La menor creación de empleos, el incremento de la economía informal y una mayor exclusión de los beneficios de la seguridad social

La fase de la transición demográfica por la que atraviesan gran parte de los países de América Latina (ante la reducción de las tasas de fecundidad), ocasiona que el sector de la población que presenta la tasa de crecimiento más elevada sea el de los jóvenes; sin embargo, el desarrollo de estas economías no va a la misma velocidad, lo que provoca que gran parte de los habitantes que demanda empleos tenga en su futuro inmediato el desempleo o su incorporación a la economía informal.

En México, cada año ingresan 1.2 millones de jóvenes al mercado laboral, según información de la Sedesol, y para que ellos tuvieran trabajo se requeriría que la economía creciera a una tasa anual de 5%. En el año 2002, la Secretaría del Trabajo calculó que con una tasa de crecimiento de 2%, la creación de empleos sería apenas de 300 mil, cifra inferior a la demanda de la inercia poblacional; los mexicanos que no alcanzaran a ocupar una de esas plazas se incorporarían a la economía informal, estimada en más

de 40% en las ciudades de más de 100 mil habitantes, a decir del Conapo.

Así, el ajuste estructural realizado en la mayoría de los países de América Latina a mediados de los años ochenta (el Unicef llamaba desde entonces la atención para que los gobiernos y los organismos internacionales contribuyeran a un “ajuste con rostro humano”) ha sido incapaz, hasta ahora, de generar los empleos necesarios que la dinámica demográfica demanda, con lo cual no sólo se excluye a un creciente número de población de tener un empleo formal, sino que los margina también de los beneficios derivados de la seguridad social. Por esto, las reformas estructurales pendientes en el país deberán poner énfasis en el impulso del empleo; asimismo, las reformas se deberán traducir en políticas sociales más justas, equitativas, solidarias e incluyentes, en particular en las áreas de salud, educación y combate a la pobreza.

La transición epidemiológica y el desarrollo social

Omran (1971) propuso la existencia de tres etapas por las que pasan las condiciones de salud de las sociedades modernas: i) la “era de pestilencia y el hambre”, cuando la mortalidad es muy alta y muy irregular en el tiempo, las causas de muerte por enfermedades transmisibles son las dominantes, la población es joven, existe una alta natalidad y una baja esperanza de vida; ii) “la era de la disminución de las pandemias”, cuando la mortalidad decrece, principalmente por el control de las causas de la mortalidad infantil y de las enfermedades transmisibles, a la vez, disminuyen los índices de natalidad, el promedio de vida avanza y la proporción de defunciones por padecimientos no transmisibles se encuentra en un nivel intermedio con tendencia al aumento, y iii) la “era de las enfermedades crónicas y producidas por el hombre”, cuando la mortalidad por los padecimientos infecciosos decrece y aumentan las enfermedades no transmisibles. Esta fase se presenta en poblaciones con una esperanza de vida

alta, índices de natalidad bajos y niveles estables de mortalidad infantil.

En 1986, Olshansky interpretó la reducción de la mortalidad por enfermedades del corazón (por ejemplo, en Estados Unidos, entre 1963 y 1995, el número de defunciones por cardiopatía isquémica disminuyó en 50%) como un avance en la tecnología médica y una reducción de algunos de los factores de riesgo para las enfermedades degenerativas (a escala poblacional), tales como una disminución en el hábito de fumar, un mayor grado de actividad física y un mejoramiento de los hábitos alimenticios. Esta cuarta etapa, llamada “dilatación de las enfermedades degenerativas” –algunos autores la denominan “disminución de las muertes por enfermedades degenerativas”–, probablemente tendrá un gran impacto en dos variables demográficas: el tamaño y la proporción relativa de la población en edades avanzadas y en la calidad de vida de los adultos mayores.

En relación con el tiempo en que se dan los cambios, Omran distinguió la existencia de tres modelos: a) el clásico, como el ocurrido en los países europeos; b) el acelerado, como el observado en Japón; y, c) el pretransicional, por el que pasan la mayoría de las naciones en desarrollo. Frenk *et al.* (1998) han señalado para México la existencia de un modelo polarizado y dilatado, en donde subsisten tanto las enfermedades del subdesarrollo –las infecciones comunes, la desnutrición y las muertes maternas y perinatales–, como los problemas emergentes asociados a la industrialización y la urbanización –las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los padecimientos mentales, las adicciones y las lesiones–.

Sin embargo, esta situación se ha modificado año con año, y cada vez es más claro que, en promedio, las principales causas de mortalidad en el país las constituyen los padecimientos crónicos degenerativos y las lesiones; es decir, las enfermedades de la tercera etapa de la transición epidemiológica, las cuales predominan en el medio urbano; algunas regiones tienen una doble carga de enfermedad, con padecimientos crónicos y muertes por males trans-

misibles (como en las comunidades rurales y las indígenas). El hecho de que predominen las enfermedades de la tercera etapa es resultado del progreso que ha tenido nuestro sistema de salud, típico de un país de desarrollo intermedio, pero también refleja el trecho por recorrer. Cabe decir que en tanto las naciones más desarrolladas las inversiones en ciencia y tecnología para la salud se expresan en el grado de control que tienen de los padecimientos crónicos y de las lesiones. De manera que la distinción que hace Diderichsen entre enfermedades evitables e inevitables, es en parte el resultado del avance de las sociedades más desarrolladas, basadas en el conocimiento científico, y el grado en que el conocimiento y la tecnología son socializados y puestos al alcance de la población a través de políticas sociales, que no sólo prioricen su eficacia y eficiencia, sino ante todo que sean justas, equitativas y solidarias (vía la inversión en educación, salud y en oportunidades de desarrollo para la población).

La inversión en salud: motor fundamental del desarrollo humano y económico, y la salud, derecho social esencial de los individuos

En 1776 Adam Smith tenía la convicción de que el trabajo de las naciones era el fondo de donde surgían todas las cosas necesarias y útiles para la vida, es decir, la riqueza de los países se basaba en el trabajo y específicamente en la destreza y pericia de los trabajadores, logradas éstas mediante una mayor división del trabajo. Pero la transformación más drástica de la división del trabajo se dio durante la Revolución Industrial, cuando se introdujo por vez primera la máquina de vapor en el trabajo, pero tal adelanto no fue sino el producto de la ciencia y la tecnología de la época. Desde entonces, el conocimiento ha pasado a formar parte fundamental del desarrollo de los países más avanzados.

Empero, el desarrollo no sólo es producto del avance científico y tecnológico, sino de forma funda-

mental de la inversión social que hacen los países en educación y en salud: su inversión en capital humano. De manera que la educación (indispensable para la generación de ciencia y tecnología) y la salud son indicadores fidedignos del nivel de desarrollo social: si se invierte en educación y salud, ello significa que se invierte en capital humano, fuente principal del desarrollo económico y de toda actividad que requiera de la participación del ser humano. Así, cuando más altos son los niveles económicos más se invierte en ciencia, educación y salud (Soberón, 1999).

Un ejemplo de la relación entre salud y desarrollo es la que se da entre inversión en salud reproductiva y desarrollo económico. De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, hay una relación directa entre ambos rubros: los países que han realizado mayores inversiones en salud y educación han posibilitado que las mujeres tomen sus propias decisiones en relación con el número de hijos que desean tener; Kofi Annan, secretario general de la ONU, ha señalado a la salud reproductiva como una de las herramientas clave en la lucha contra la pobreza. Por el contrario, en las naciones con fuertes problemas de salud (como lo ha puesto en evidencia la epidemia del SIDA en algunas regiones de África) bajan las inversiones de capital externo.

Un intento por establecer una medición del desarrollo económico con el desarrollo social, es el Índice de Desarrollo Humano (IDH), propuesto por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que combina tres variables: EVN, la tasa de alfabetización en adultos y el PIB real per cápita. Este indicador, para el año 2000, estimaba que la calificación para los países de la OCDE de ingreso alto fue de 0.932, mientras que en los más pobres fue de 0.445.

La figura 2 muestra la evolución de este indicador en algunos países de América. En el grupo de desarrollo humano alto se encuentran: Canadá, que se ha mantenido por arriba del resto de las naciones de la región, con un valor del IDH de 0.868 en 1975 y de 0.940 en el año 2000, ocupa el tercer sitio a nivel mundial (de un total de 173 naciones); seguida por

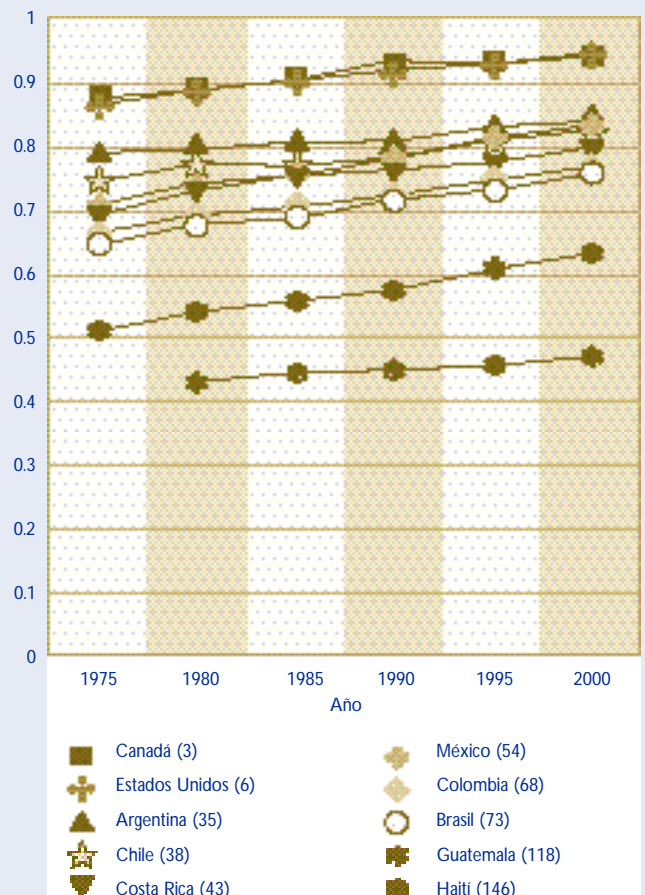
Estados Unidos, que transitó, durante el mismo periodo, de 0.863 a 0.939 y se ubica en el lugar seis. Argentina, Chile y Costa Rica pertenecen también a este grupo de naciones. México, por su parte, se encuadra en el grupo con IDH intermedio, con un valor de 0.689 en 1975, de 0.796 en 2000 y ocupa el lugar 54.

Por debajo de México se localizan Colombia, Brasil y Guatemala; Haití está en el grupo de naciones con desarrollo humano bajo. Un análisis preliminar del IDH en la región muestra cómo todos los países han mantenido una tendencia ascendente en los indicadores que mide el IDH; sin embargo, aun Argentina (el mejor colocado en el año 2000) posee una puntuación del IDH por abajo, en cuanto a indicadores básicos, del nivel que tenía Estados Unidos hace 25 años, y que la crisis económica por la que atraviesa amenaza con estancar. En todo caso, lo que es común a nuestros países es la gran proporción de personas que sobreviven con menos de dos dólares al día, según datos del BM (figura 3).

Cuando se compara a México con este grupo de naciones de América en cuanto a algunos indicadores económicos y de salud (cuadro 1), se pueden subrayar algunos hechos: Los dos países más ricos de la región (Canadá y Estados Unidos), cuyo PIB per cápita es elevado, tienen una menor desigualdad relativa (medida por el coeficiente de Gini), con un mayor gasto en salud (tanto público como privado), lo que se refleja en un mayor gasto en salud per cápita, más médicos y un considerable número de profesionistas dedicados a actividades científicas y tecnológicas; en consecuencia, cuentan con mejores indicadores de salud (alta esperanza de vida y baja mortalidad infantil y materna).

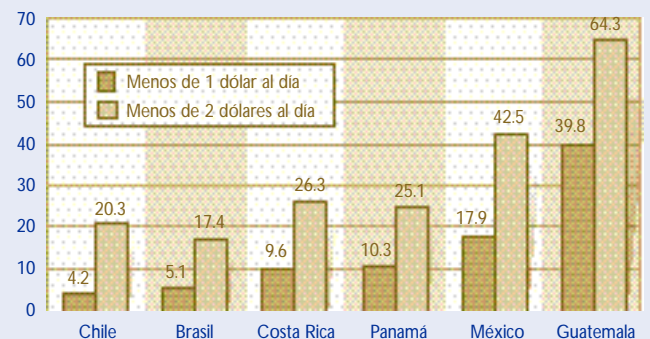
El caso de Argentina (con indicadores anteriores a la crisis) es contrastante, ya que pese a contar con un mayor gasto privado y per cápita en salud y tener un mayor número de médicos, sus mortalidades materna e infantil eran mayores que las de Chile y Costa Rica. Estas naciones, a su vez, con un ingreso per cápita semejante a México (e incluso inferior, como en el

Figura 2. Evolución del IDH en países seleccionados de América, 1975-2000



FUENTE: PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano 2002.

Figura 3. Proporción de población según líneas de pobreza en algunos países de América Latina



FUENTE: Banco Mundial 2000.

Cuadro 1. Indicadores sociales y de salud en algunos países de América

	PIB	Coeficiente Gini ²	Total servicio de deuda % PIB 2000	Población con fuentes de agua mejoradas (%)	Esperanza de vida 1995-2000	Mortalidad infantil ³ 2000	Mortalidad materna ⁴ 1985-1999	Médicos ⁵ 1990-1999	Científicos e ingenieros ⁶ 1990-2000	Gasto en salud		
	per cápita ¹									Público ⁷ 1998	Privado ⁸ 1998	per cápita ⁹ 1998
	2000											
Canadá	27,840	31.5	...	100	78.5	6	...	229	3009	6.6	2.7	1,939
Estados Unidos	34,142	40.8	...	100	76.5	7	8	279	4103	5.7	7.1	4,271
Argentina	12,377	...	9.6	79	72.9	18	41	268	711	2.4	6.1	654
Chile	9,417	56.6	26.0	94	74.9	10	23	110	1460	2.7	3.1	289
Costa Rica	8,650	45.9	4.1	98	76.0	10	29	141	533	5.2	1.5	257
México	9,023	53.1	10.1	86	72.2	25	55	186	213	2.6	2.8	236
Colombia	6,248	57.1	6.4	91	70.4	25	80	116	...	5.2	4.2	227
Brasil	7,625	60.7	10.5	87	67.2	32	160	127	168	2.9	3.6	308
Guatemala	3,821	55.8	2.3	92	64.0	44	190	93	103	2.1	2.3	78
Haití	1,467	...	1.0	46	52.0	81	520	8	...	1.4	2.8	21

¹ PPA en dólares de EU.

² un valor de 0 representa igualdad perfecta, un valor de 100 desigualdad perfecta.

³ por mil nacidos vivos.

⁴ por cien mil nacidos vivos.

⁵ por cien mil habitantes.

⁶ por millón de habitantes.

⁷ % del PIB.

⁸ % del PIB.

⁹ PPA dólares de EU.

FUENTE: PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano 2002.

Cuadro 2. Salud para todos en el año 2000

Metas 1984	Logros 1999
Aumentar la EVN a 70 o más años	EVN de 75 años (1999)
Disminuir la TMI a 30 por mil nacidos vivos	TMI 16.4 (1997)
Disminuir la mortalidad preescolar a 2.4 por mil	TMP de 1.1 por mil (1997)
Inmunización al 100% de menores de un año	Cobertura 1999*
Difteria	98.9% (0 casos)
Poliomielitis	98.6% (0 casos)
Sarampión	97.8% (0 casos)
Tétanos neonatal	98.9% (17 casos)
Garantizar el acceso a servicios de salud al 100% de la población	Población sin cobertura al **PBSS (1999): 1.7 millones

* Datos estimados por la SSA.

** PBSS: paquete básico de servicios de salud.

FUENTE: Para 1999: Principales líneas de trabajo de la SSA, 1999.

caso del país centroamericano) tenían un mayor gasto en salud per cápita (en Chile a expensas del gasto privado y en Costa Rica del público); asimismo, no obstante poseer menos médicos, presentaban una mayor esperanza de vida y menores mortalidades materna e infantil. De esta manera, resalta el bajo gasto público y privado en salud de México: por debajo de la media de los países de América Latina; en el caso del gasto público, superior sólo a Guatemala y Haití (en Argentina el gasto privado es más alto) y en el gasto privado superior a Guatemala (el gasto en Costa Rica es fundamentalmente público).

La baja inversión en salud en México ha dependido de una serie de factores derivados de la propia dinámica de su economía, a la vez marcados por el proceso globalizador:

El bajo crecimiento económico de la región

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha señalado que debido a que las expectativas de crecimiento de América Latina se han reducido a 1.5% (la peor situación desde 1983, luego de la agudización de la crisis económica en Argentina y el contagio a Uruguay y Brasil), la tasa de desempleo puede aumentar a 9.4%. En contraste, el trabajo informal, que en el año 2000 se calculaba en 47%, podría llegar a 51% (por arriba de África, con 48%); esto incidirá en

los sistemas de pensión, ya que la misma OIT considera que 73% del sector informal no cotiza en los sistemas de seguridad social. Esta situación (no exclusiva de nuestros países) ha llevado a la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD, por sus siglas en inglés) a llamar la atención sobre la necesidad de convertir al crecimiento económico en la primera prioridad de los países pobres con la ayuda de las naciones ricas; de no hacerlo, la pobreza podría incrementarse en 30% para el año 2015.

La vulnerabilidad de la región ante el proceso de integración de las economías

La crisis económica financiera de México en 1995 ha sido considerada por algunos autores como la primera crisis económica del proceso de globalización de la región. En ese entonces, el sistema bancario cayó prácticamente en bancarrota, luego de la creciente fuga de capitales propiciada por la inestabilidad cambiaria. Tras un largo proceso de ajuste económico y rescate del sistema financiero, los costos han sido elevados: de 1995 a 2000 el rescate bancario –estimado en 338 mil millones de pesos– le significó al país algo así como cinco veces el presupuesto de combate a la pobreza (67 mil millones de pesos) u ocho veces el presupuesto del sector salud del año 2001 (44 mil millones de pesos).

Una evaluación preliminar de los logros alcanzados y de los retos del Sistema de Salud en México

En 1984 el sector salud estableció las metas que se deberían alcanzar para el año 2000, a fin de cumplir con el objetivo acordado por la OMS en Alma Ata. El cuadro 2 muestra algunas de esas metas y los logros que se alcanzaron en 1999.

El análisis de cada uno de los indicadores nos permite expresar que los avances pueden ser considerados como importantes, ya que prácticamente se

alcanzaron la totalidad de las metas planteadas en ese entonces.

No obstante, un examen más detallado de la situación del primer indicador mostrado en el cuadro, no a partir de los promedios nacionales, sino de su distribución en diferentes estratos de la población, nos da un panorama diferente. Los resultados del estudio realizado por FUNSALUD a nivel municipal demuestran que la esperanza de vida a nivel nacional, estatal y por regiones municipales tuvo diferencias importantes. Algunos de los principales hallazgos señalan algunos de los retos regionales y por grupos sociales que deberá enfrentar el sistema nacional de salud en los próximos años:

Diferencias nacionales

En 1910 la esperanza de vida en México era de 29.5 años, para el año 2000 se estimó que rebasaría los 75 años. Esto significaría una ganancia de alrededor de 45 años. Cuando esta cifra se compara con lo alcanzado en otros países, coloca a México como una de las naciones donde se tuvo un mayor incremento en cuanto al número de años de la esperanza de vida al nacer (EVN) alcanzados durante el siglo pasado (cuadro 3).

Diferencias estatales

Cuando la comparación se hace en el ámbito estatal, mediante la agrupación de las entidades según su nivel de marginación, se percibe que la brecha en la EVN entre los estados menos marginados y los más marginados, que era de 8.7 años en los años cincuenta, se redujo a 3.8 años en 1995 (figura 4).

Diferencias estatales en estados extremos

Cuando se compara la entidad con mayor esperanza de vida (el Distrito Federal) con la de menor esperanza, se observa lo siguiente: en 1995 la EVN en Chiapas era de 69.3 años; mientras que en la capital

Cuadro 3. Esperanza de vida al nacer en países seleccionados,1910-1998

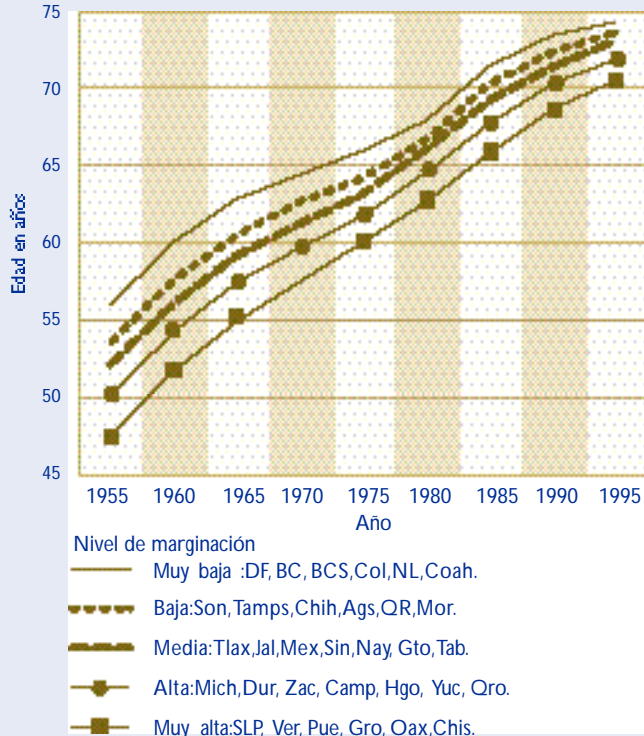
País	Alrededor de 1910		1998		Ganancia en años	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nueva Zelanda	60	63	74	80	14	17
Suecia	57	59	76	81	19	22
Australia	56	60	75	81	19	21
Noruega	56	59	75	81	19	22
Estados Unidos	49	53	73	80	24	27
Inglaterra y Gales	49	53	75	80	26	27
Italia	46	47	75	81	29	34
Japón	43	43	77	83	34	40
Chile	29	33	72	78	43	45
MÉXICO*	29	30	69	75	40	45

* Para 1910,estimado de:Cabrera,G.Indicadores Demográficos de México a principios de siglo. El Colegio de México, 1966.En : INEGI, Estadísticas Históricas de México, tomo I.México D.F.,1994

Para 1998. UN. The State of World Population 1999.

FUENTE: WHO,World Health Report 1999:making a difference. Ginebra,1999.

Figura 4. Esperanza de vida en los estados por nivel de marginación, México, 1955-1995



FUENTE: Procesado por FUNSAIUD, a partir de estimaciones de Conapo, 1998.

de la República alcanzaba los 75.2 años, es decir una diferencia de 5.9 años.

Diferencias a nivel de regiones municipales

Cuando la comparación se lleva a nivel de regiones municipales, la brecha alcanza los 13 años. La región municipal con la esperanza de vida más baja (58 años) se encontró en la sierra de Puebla (cifra semejante al promedio nacional que se tenía en los años sesenta); por su parte, la región municipal con la cifra más elevada (71 años), se ubicó en Nuevo León, en el municipio de San Nicolás de los Garza. El panorama de algunos indicadores sociales y económicos en tres municipios clasificados con marginación muy alta (San Juan Cancuc, Chiapas) marginación media (Paso de Ovejas, Veracruz) y muy baja marginación (San Nicolás de los Garza), hace más evidentes las diferencias que será necesario acortar a nivel municipal (figura 5 y cuadro 4).

Estos datos hacen ver con más cautela los logros alcanzados por el país, que si bien son considerables, subsisten municipios con problemas de salud aún importantes; por ello, la exhortación de la OMS para analizar no sólo los indicadores promedio, sino la distribución del indicador en su conjunto, es de suma importancia para realizar una mejor evaluación sobre el desempeño alcanzado por los sistemas de salud.

Los retos del sistema

Las inequidades. Los recursos destinados para la salud entre 1990 y 1996, según deciles de ingreso, se distribuyeron de manera desigual: el decil uno, el más pobre, contaba con entre cuatro y cinco veces menos médicos, camas y proporción de partos hospitalarios (figura 6).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares de 1996, el gasto catastrófico (definido como el pago directo de servicios de salud por una cantidad mayor a 50% de los ingresos que se destinan normalmente a consumo no alimen-

tario) fue mayor en la población con menos recursos: 18% en el decil uno y de 8% en el dos; mientras que en el extremo con más recursos, fue menor a 1% en el nueve y menor aún en el 10 (figura 7).

El gasto en salud per cápita, según institución (privada y pública), es mayor en los estados con una transición epidemiológica más avanzada que en los que se ubican con rezago extremo: en el Distrito Federal fue cercano a 3 500 pesos, en Oaxaca fue menor a 500 pesos (figura 8).

La distribución del gasto público continúa siendo inequitativa: si bien se ha incrementado el gasto social hasta representar 60% del gasto programable, este aumento se debe en parte a la reforma de la seguridad social de 1997, pues provocó que el gobierno multiplicara en seis veces su aportación a este rubro, ante las reducciones de las aportaciones de los empleados y empleadores (Frenk, 1998).

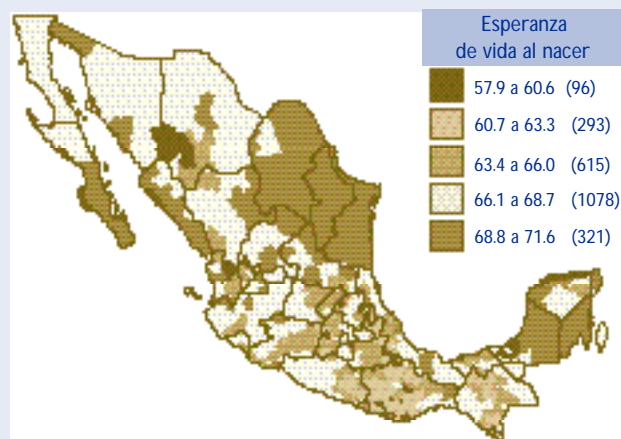
Las insuficiencias. Este apartado se refiere a la falta de recursos disponibles para resolver los problemas prioritarios. Como porcentaje del PIB, el gasto en salud tuvo un descenso entre 1992 y 1996, lo cual fue más evidente en la proporción correspondiente al gasto privado que al público. En 1996 aún no se llegaba a la proporción del PIB dedicado a la salud que se tenía en 1992 (figura 9).

Aunque existe un avance en la cobertura de los servicios básicos de salud, una estimación reciente (Frenk, 1998) menciona que 20% de la población no tiene acceso a los servicios hospitalarios.

La falta de empleo formal ha sido calificada como la principal barrera de ingreso a la seguridad social y al sistema de pensiones (Frenk, 1998). Se ha llegado a calcular que, de mantenerse el tamaño del sector informal de la economía, de los 13.5 millones de mexicanos que en el año 2025 serán mayores de 65 años, más de 60% carecerá de servicios formales de seguridad social y pensión.

Los seguros médicos privados son caros, insuficientes e inadecuadamente regulados; se considera que este tipo de mecanismos cubren sólo a 2.9% de la población en el medio urbano y 0.7% en el rural.

Figura 5. Esperanza de vida al nacer. México, 1990-1996



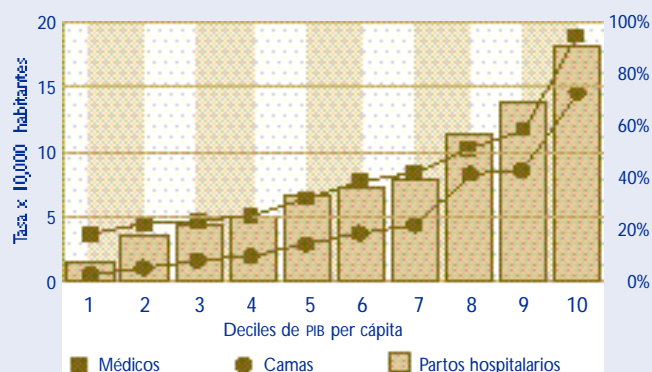
FUENTE: Procesado por FUNSAUD, 1998.

Cuadro 4. Indicadores socioeconómicos de tres municipios de México, 1990-1996.

Indicadores	Municipio		
	San Juan Cancuc, Chiapas	Paso de Ovejas, Veracruz	San Nicolás de los Garza, Nuevo León
Poblacionales			
Marginación	Muy alta	Media	Muy baja
Población total en 1995	27,750	30,453	436,603
Población indígena (%)	100%	0.4%	0.1%
Analfabetismo (%)	67%	14%	2%
Promedio de educación (años)	4.2 años	5.7 años	8.2 años
Disponibilidad de agua (%)	4%	73%	95%
Drenaje (%)	45%	50%	92%
Económicos			
Gasto en salud per cápita, 1995	19 pesos	69 pesos	522 pesos
PIB per cápita, 1990	8 pesos	35 pesos	167 pesos

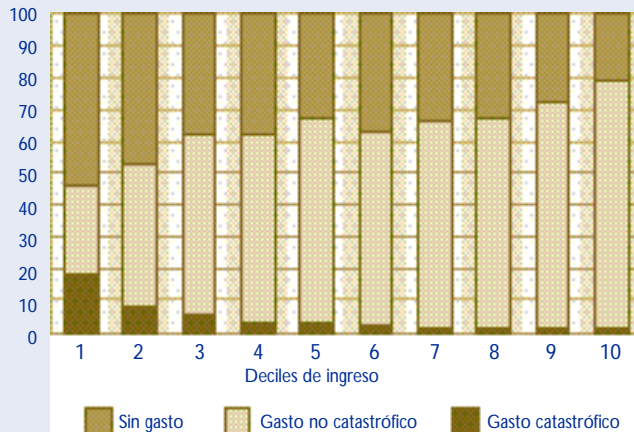
FUENTE: Procesado por FUNSAUD, 1998.

Figura 6. Recursos para la salud, según PIB,* México, 1990-1996



* Los municipios fueron organizados en deciles de PIB per cápita.

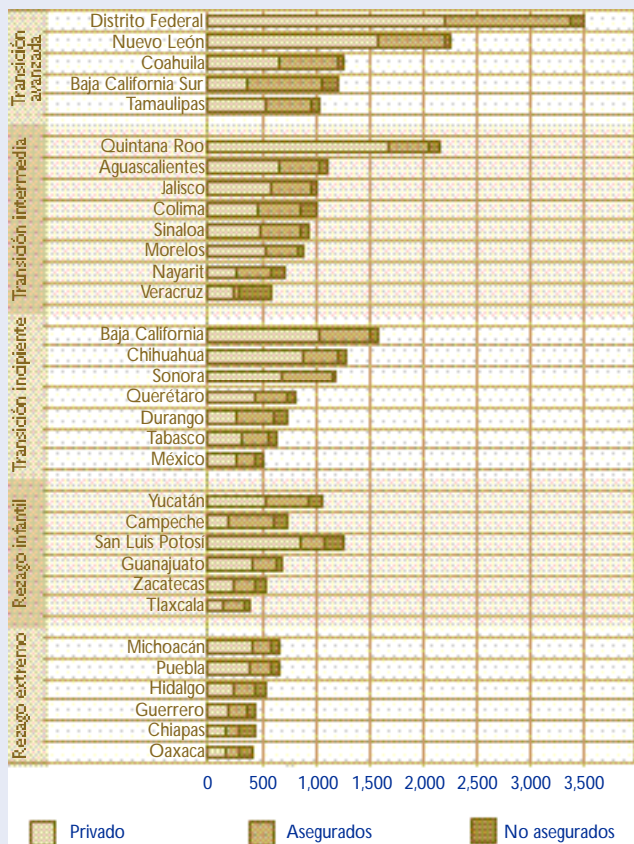
Figura 7. Gastos catastróficos en salud por nivel de ingreso. México, 1996



El 10% de los hogares más pobres destinaron 4.4% del ingreso total a salud,y la población más rica 2.5%.

FUENTE: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares,1996. FUNSAUD, 1999.

Figura 8. Gasto en salud por habitante, según institución y estado de transición epidemiológica.México, 1995.



FUENTE: CNS, 1995. FUNSAUD, 1999.

En 1999 el Progresa operaba en 31 entidades –2 002 municipios–, con una población beneficiada de 2.3 millones de familias (13 millones de personas) y un presupuesto de 904.5 millones de pesos. Los mexicanos incluidos en este programa representaban 32.5% de los 40 millones de pobres que vivían en el país. Así, la atención brindada significaba, en promedio y en el mejor de los casos, una erogación de cuatro pesos diarios por persona (750 pesos mensuales, que equivalían a 25 pesos diarios para una familia de seis integrantes).

La necesidad de establecer criterios de equidad y justicia financiera en la formulación de las políticas públicas para una mejor asignación de los recursos económicos para la salud

La segunda definición sobre equidad hace alusión a la distribución de los servicios en forma proporcional a las necesidades de salud, independientemente de la contribución previa de la persona. Esta definición también trae aparejadas implicaciones éticas y sociales, ya que lo que comúnmente ocurre es lo contrario, es decir, la distribución de los recursos no se dirige hacia las regiones más pobres, que son las que tienen mayores necesidades básicas de salud. Esta situación se conoce como *ley inversa de Hart*, descrita en Inglaterra en 1971. Aunque es cierto que se han hecho esfuerzos por corregir las inequidades existentes; por ejemplo, entre 1989 y 1995 el incremento que recibieron las entidades más pobres fue de 11.6%, contra una reducción de 1.0% en el Distrito Federal (Lara *et al.*, 1997, citado por Frenk, 1998). De hecho, el Consejo Nacional de Salud ha consensuado la aplicación de una fórmula para distribuir el presupuesto adicional de la SSA con criterios de equidad, acción que se plasmó en la reforma de la Ley de Coordinación Fiscal que entró en vigor en 1998.

Los elementos de análisis aquí propuestos podrán servir para realizar un balance que matice los logros y los retos alcanzados por el Sistema de Salud. Se de-

be lograr que los estudios que se efectúan para mostrar la brecha de la desigualdad que México aún tiene que superar, sirvan a los tomadores de decisión y permitan establecer una asignación de recursos más equitativa; los esfuerzos metodológicos que se llevan a cabo para encontrar las mejores formulas son alentadores y, sin duda, ayudarán a los planeadores del presupuesto a tomar mejores decisiones.

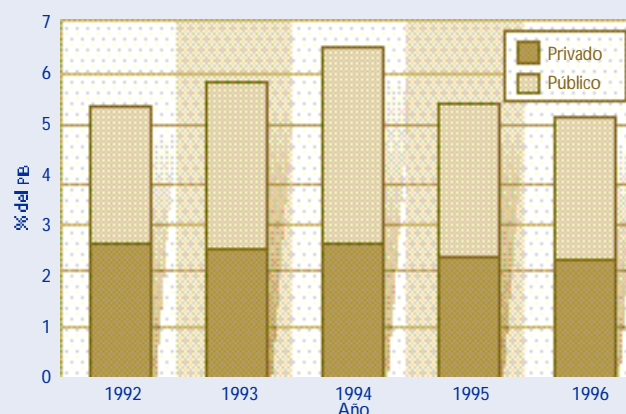
El otro aspecto que tiene la asignación de recursos, una vez que se logra que los municipios más necesitados los tengan, es qué hacer con ellos: ya en 1982 los autores del *Black Report* indicaban que una redistribución más equitativa de los recursos podría ser insuficiente, si ella no iba acompañada de la forma en *cómo* esos recursos deben utilizarse para la atención en salud; asimismo, en la definición de prioridades de salud debería haber un cambio que dirija mayores recursos hacia las acciones enfocadas a la comunidad y de atención médica de servicios preventivos.

Conclusiones

Los indicadores de salud, a nivel regional, ubican a México en un rango de desarrollo en salud intermedio; no obstante, este resultado no parece congruente para la economía número nueve a nivel mundial, la de mayor recepción de inversión extranjera directa en América Latina (según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe) y que forma parte del selecto grupo de las economías más desarrolladas que conforman el grupo de la OCDE.

La inversión en salud, tal y como lo ha señalado el BM desde su informe de 1993, es una inversión que mejora el capital humano, la productividad de la economía y reduce la pobreza. Esta afirmación es algo que se confirma cada vez más: un estudio realizado en América Latina y el Caribe muestra como la EVN es una de las variables que mayormente explican el crecimiento del PIB: los resultados sugieren que por cada año de esperanza de vida que se gana es posible esperar, 15 años más tarde, un incremento de

Figura 9. Gasto en salud como porcentaje del PIB. México, 1992-1996



FUENTE: CNS, 1995. FUNSAUD, 1999

La falta de empleo formal ha sido calificada como la principal barrera de ingreso a la seguridad social y al sistema de pensiones. Se ha llegado a calcular que, de mantenerse el tamaño del sector informal de la economía, de los 13.5 millones de mexicanos que en el año 2025 serán mayores de 65 años, más de 60% carecerá de servicios formales de seguridad social y pensión

un punto porcentual en el PIB. Las implicaciones de estos hallazgos son fundamentales para justificar con amplitud por qué es importante y urgente la inversión pública y privada en salud.

El papel de la bioética es fundamental, ya que constituye un espacio de reflexión, de análisis, en la evaluación de las políticas sociales justas e incluyentes que puedan revertir las inequidades sociales existentes dentro del sistema económico actual; por ello, dentro de las políticas sociales la salud deberá ocupar un lugar estratégico. Nuestro país ha tenido un enorme avance en materia de libertades políticas y democracia; sin embargo, no es posible hablar de una sociedad plenamente libre si no se combate el hambre, el desempleo, la ignorancia y la enfermedad. Refrendar el derecho a la salud sigue siendo un ideal válido, dado los nuevos retos que tendrá que enfrentar México en el milenio que inicia.

Bibliografía

- Banco Mundial (1993) *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*. Washington, D. C., Oxford University Press.
- BID (1999) *América Latina frente a la desigualdad. Informe 1998-1999*. Washington, D. C., Banco Interamericano de Desarrollo.
- Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P (1980) The Black Report. En: Townsend P, Whitehead M, Davidson N (eds.) (1992) *Inequalities in health*. Londres, Inglaterra, Penguin Books.
- Chavolla NG (1999) Generó la economía informal en México 6 de cada 10 nuevos empleos en una década, OIT. *El Universal*, 23 de septiembre.
- Diderichsen F (1999) Towards a theory of health equity. *Working paper*, pp. 1-20.
- Diderichsen F, Whitehead M, Burström B, Åberg M, Östlin P (1998) Studying policy context and health equity by class and gender: a conceptual framework. GHEI (internal document).
- Doorslaer EV, Wagstaff A, Bleichardt H, Calonge S, Gerdttham UG, Gerfin M *et. al.* (1997) Income-related inequalities in health: some international comparisons. *Journal of Health Economics* 16, mayo, pp. 93-112.
- Frenk J (1994) Hacia un México más saludable. *Nexos* 17(202), pp. 52-58.
- Frenk J (1998) 20 años de salud en México. *Nexos* 21(241), pp. 85-91.
- Frenk J, González-Block MA, Lozano R (1998) Seis tesis equivocadas sobre las políticas de salud en el combate a la pobreza. *Este País*, marzo, pp. 28-36.
- Gakidou EE, Murray CJL, Frenk J (1999) A framework for measuring health inequality. Global Programme on Evidence for Health Policy. Discussion Paper 5. Ginebra, Suiza, OMS.
- García RA (1986) *La desigualdad económica*. México, Centro de Estudios Económicos de El Colegio de México.
- García RS (1998) Derechos humanos, salud y práctica médica. *Memorias del Primer Congreso Nacional de Bioética*. México, Comisión Nacional de Bioética, Academia Nacional Mexicana de Bioética.
- González G (1999) Peligra la seguridad social de empleados informales: Advierte Genaro Borrego que en el 2025 carecerán de salud y pensiones. *La Jornada*, 19 de noviembre.
- Lora E (1998) Los objetivos distributivos de la política fiscal. Cap. 8. En: BID *América Latina frente a la desigualdad. Informe 1998-1999*. Washington, D. C., Banco Interamericano de Desarrollo, pp. 199-221.
- Moctezuma BG (1997) La Constitución y el Derecho a la Protección a la Salud. *Memorias del Primer Congreso Nacional de Bioética*. México, Comisión Nacional de Bioética, Academia Nacional Mexicana de Bioética.
- Murray CJL, Gakidou EE, Frenk J (1999) Health inequalities and social group differences: what should we measure? *Bulletin of the World Health Organization* 77(7), pp. 537-543.
- Olshansky SJ, Brian A (1986) The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative disease. *The Milbank Quarterly* 64, pp. 355-391.
- Omran A (1971) The epidemiologic transition. *Milbank Mem Fund Q* 49, pp. 509-538.
- OMS (1946) Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documento suscrito el 22 de junio de 1946. Nueva York, EUA.
- OMS (1996) Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative. Suiza, OMS.
- OMS (1999) World health report 1999: making a difference. Ginebra, Suiza, OMS.
- PNUD (1992) *Desarrollo Humano: Informe 1992*. Santa Fe de Bogotá, Colombia: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Tercer Mundo Editores.
- PNUD (1999) Human Development Report 1999: Globalization with a Human Face. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- PNUD (2002) Informe sobre el Desarrollo Humano 2002. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. México: Ediciones Mundi-Prensa. Disponible en: www.undp.org
- Roemer JE (1993) La distribución de la salud: asignación de recursos por una agencia internacional. En: Nussbaum MC, Sen A. (comps.). *La calidad de la vida*. México, FCE.

- Sen A (1992) *Inequality Reexamined*. Nueva York, Russel Sage Foundation, Harvard University Press.
- Smith A (1997) *La riqueza de las naciones*. México, Publicaciones Cruz.
- Soberón AG (1987) El derecho a la salud. En: *La protección de la salud en México: palabras discursos y mensajes*. México, Editorial Miguel Ángel Porrúa, S. A., pp. 65-72.
- Soberón AG (1995) Situación de la salud y perspectivas: temas de reflexión. Trabajo presentado en la Facultad de Medicina de la UNAM. *Gaceta de la Facultad de Medicina*, 10 de septiembre.
- Soberón AG (1999) Salud y desarrollo. *Este País* (100), pp. 58-64.
- Thurow LC (1996) *El futuro del capitalismo*. Buenos Aires, Argentina, Javier Vergara Editor.
- Whitehead M (1992) The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services* 11(3), pp. 429-445.
- Whitehead M (1992) The Health Divide. En: Townsend P, Whitehead M, Davidson N (eds.) *Inequalities in Health*. Londres, Inglaterra, Penguin Books.
- World Bank 1999. World Bank poverty update: trends in poverty. Disponible en: <http://www.worldbank.org>

