

**CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS, A.C.**



**CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO ÉTICO DE DECISIÓN PARA LA  
PRIORIZACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO DEL SEGURO  
POPULAR EN MÉXICO**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

**P R E S E N T A**

**PAULO ROBERTO CANTILLO GÓMEZ**

**DIRECTORA DE LA TESINA: MTRA. CLAUDIA MALDONADO TRUJILLO**

**MÉXICO D.F., 30 DE JUNIO DE 2008**

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	4
I. Creación del Seguro Popular y proceso de priorización de las enfermedades que ocasionan gastos catastróficos.....	4
II. Objetivo, preguntas y eje conductor de la investigación.....	6
III. Desarrollo de la investigación.....	9
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL.....	11
1.1. La necesidad de priorizar los servicios en salud.....	11
1.2. ¿Cómo se deben priorizar los servicios en salud?.....	13
1.3. La ética analítica.....	14
1.4. La ética analítica y su relación con las políticas públicas.....	16
1.5. Conclusiones.....	19
CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO: PRINCIPIOS Y VALORES QUE SERÁN LA BASE DEL MODELO ÉTICO DE DECISIÓN.....	21
2.1. Igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud.....	21
2.2. Conclusiones.....	24
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS CONCEPTUAL: PRINCIPIOS DE JUSTICIA DEL MODELO ÉTICO DE DECISIÓN.....	26
3.1. Concepciones de la igualdad en la implementación del Seguro Popular.....	26
3.2. Principios de justicia del modelo de ético decisión.....	28
3.3. Análisis crítico del enfoque de la Medicina Basada en Evidencia para la toma de decisiones en salud.....	32
3.4. Conclusiones.....	40
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS NORMATIVO: PROPUESTA DEL MODELO ÉTICO DE DECISIÓN.....	42
4.1. Alcances del modelo ético de decisión.....	42
4.2. Operacionalización de los principios de justicia.....	43
4.3. Construcción del modelo ético de decisión.....	45
4.4. Conclusiones.....	52
CAPÍTULO 5. PUESTA EN MARCHA DEL MODELO ÉTICO DE DECISIÓN ¿SE DEBEN FINANCIAR LOS TRATAMIENTOS CONTRA EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO O CONTRA LAS ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN?.....	54
5.1. Descripción general de las enfermedades a analizar.....	55
5.2. Análisis de la información acerca de las dos enfermedades.....	56
5.3. Conclusiones: Implicaciones éticas de la financiación del CACU de acuerdo al modelo ético de decisión, en detrimento de las EIC.....	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
ANEXO A. CLASIFICACIÓN DE LAS VARIABLES PROPUESTAS POR LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA PARA ANÁLISIS ÉTICO DE LA PRIORIZACIÓN.....	81

ANEXO B. TRATAMIENTOS CONTRA EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y CONTRA LAS ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN.....	83
ANEXO C. DATOS SOBRE MUERTES EVITABLES E INDICADORES DE VULNERABILIDAD.....	87
ANEXO D. ÍNDICES DE MARGINACIÓN Y DE REZAGO SOCIAL .....	88

## INTRODUCCIÓN

### **I. Creación del Seguro Popular y proceso de priorización de las enfermedades que ocasionan gastos catastróficos**

El 15 de mayo de 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud (LGS) para crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) –conocido como el Seguro Popular (SP)-, el cual entró en vigencia en enero de 2004. El SP busca proporcionar protección financiera a las personas que no son derechohabientes de las instituciones públicas de seguridad social<sup>1</sup> (lo que se conoce como población abierta). De esta forma, los grupos de la población beneficiados por el SP son los trabajadores no asalariados, los autoempleados y los desempleados, incluyendo a sus familiares y dependientes económicos. Esta protección se brinda bajo un nuevo esquema de seguro público de salud, que es coordinado por la Federación y operado por las entidades federativas<sup>2</sup>.

Este esquema de financiamiento busca reducir el gasto que realizan directamente las familias al momento de recibir la atención (el llamado pago de bolsillo) mediante la introducción de un sistema de cuotas y pagos anticipados proporcionales a la capacidad adquisitiva del beneficiario. Esto se determinó así para promover el principio de equidad bajo el cual las personas contribuyan al sistema de salud de acuerdo con su capacidad de pago, y reciban los servicios de acuerdo con sus necesidades de salud<sup>3</sup>.

El SP se diseñó con el fin de ofrecer de manera gradual tres paquetes distintos:

---

<sup>1</sup> Estas instituciones son principalmente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

<sup>2</sup> Secretaría de Salud (2005). *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México

<sup>3</sup> Op. Cit

- a) Un conjunto de intervenciones de salud pública y de servicios a la comunidad financiados a nivel federal y seleccionados principalmente con base en consideraciones de carga de enfermedad, equidad y costo-efectividad;
- b) Un paquete de intervenciones administrado por los estados, basado también en consideraciones de costo-efectividad, pero sobre todo en la necesidad de incrementar y regular el acceso a la atención primaria y hospitalaria para las nuevas familias afiliadas;
- c) Un paquete de intervenciones de atención médica de alta complejidad administrado centralmente y sustentado en la necesidad de diversificar el riesgo entre los estados<sup>4</sup>.

El tercer paquete de intervenciones es el objeto de estudio del presente trabajo. Éste se diseñó para apoyar a las familias aseguradas al SP que sufran padecimientos que generan gastos catastróficos<sup>5</sup>, por lo que la LGS crea el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). El listado de intervenciones que corresponden a las enfermedades que cumplen con los requisitos de la ley, y por ende son candidatas a ser financiadas por el FPGC, fue definido por el Consejo de Salubridad General (CSG) a través de la asesoría de la Comisión para definir Tratamientos y Medicamentos asociados a Enfermedades que ocasionan Gastos Catastróficos<sup>6</sup>.

Además, el artículo 100 del Reglamento de la LGS en materia de Protección Social en Salud establece que las intervenciones definidas por el CSG serán cubiertas por el FPGC en forma gradual. Debido a la escasez de recursos, es necesario contar con un proceso que permita establecer cuáles intervenciones deben ser cubiertas por el fondo. Se requiere entonces que este proceso sea transparente, justo, y que contribuya a lograr el cometido

---

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> El artículo 77 Bis 29 de la LGS establece que se considerarán gastos catastróficos a los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren. Todo esto se basa en las categorías señaladas en el artículo decimocuarto transitorio de dicha ley.

<sup>6</sup> Consejo de Salubridad General (2007). *Manual del modelo para la priorización de las intervenciones de alto costo del Seguro Popular*. México

social de mejorar la salud de la población no derechohabiente de la seguridad social<sup>7</sup>.

Para que este proceso de priorización cumpla con los requisitos mencionados, el CSG estableció la participación de cuatro grupos de trabajo con el fin que cada uno elabore una recomendación de priorización desde su perspectiva de análisis. Estos grupos de trabajo son: de Evaluación Clínica-Epidemiológica, de Evaluación Económica, de Valoración Ética y de Aceptabilidad Social. El proceso de priorización pretende alcanzar los siguientes objetivos:

- a) Contribuir en el desarrollo de la gestión de los servicios de salud;
- b) Mejorar la asignación de los recursos limitados ante las necesidades crecientes;
- c) Contribuir en la equidad ante las desigualdades sanitarias y sociales; y
- d) Facilitar la eficiencia a través de la focalización, dirigiendo los recursos a los servicios que tienen mayor impacto en la salud y calidad de vida de la población<sup>8</sup> (sic).

## **II. Objetivo, preguntas y eje conductor de la investigación**

El objetivo del presente trabajo es construir un modelo ético de decisión que pueda ser útil a los funcionarios de la Comisión Nacional de Bioética (CNB)<sup>9</sup> al momento de emitir una recomendación al CSG, acerca de cuáles enfermedades que ocasionan gastos catastróficos deben ser financiadas por el Seguro Popular. Esto en el marco del proceso de priorización que se lleva a cabo actualmente en México.

---

<sup>7</sup> Op. Cit

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> La CNB es la entidad federal que conforma el Grupo de Valoración Ética del mencionado proceso de priorización.

De lo anterior surgen las siguientes preguntas: ¿qué instrumento analítico necesita la Comisión Nacional de Bioética para emitir una recomendación al Consejo de Salubridad General, en cuanto a la priorización de enfermedades que ocasionan gastos catastróficos para el Seguro Popular en México? ¿Cómo puede construirse dicho instrumento?

En el presente trabajo se sostiene que el instrumento analítico que requiere la CNB para emitir su recomendación sobre priorización de intervenciones de alto costo del SP, *es un modelo ético de decisión*. La necesidad de este instrumento radica en que para emitir una recomendación sobre priorización desde el punto de vista ético, donde hay muchos valores en conflicto, muchas variables que analizar, y donde *a priori* se sabe que habrá beneficiados y perjudicados con la decisión que se emita, es indispensable hacer explícita una posición normativa. El modelo de decisión tiene como propósito ayudar en este sentido, a través del análisis desde el punto ético de los criterios fundamentales generalmente aceptados en la toma de decisiones en materia de salud.

Debido a que el modelo de decisión propuesto parte de una posición normativa explícita, se espera que sea un instrumento para que la sociedad en su conjunto sepa los valores que se están privilegiando y para justificar públicamente dicha elección. Con ello se busca facilitar un proceso de priorización justo e imparcial<sup>10</sup>. El modelo ético de decisión para la priorización dará claridad acerca del enfoque de justicia que puede usar la CNB, con el fin dar orden al proceso deliberativo que van llevar a cabo en la recomendación de priorización<sup>11</sup>.

La metodología para construir el modelo de decisión propuesto será la siguiente: inicialmente se establecerán los valores y principios centrales del modelo, que serán

---

<sup>10</sup> En el capítulo 1 se darán los criterios que constituyen un proceso de priorización de intervenciones en salud justo e imparcial.

<sup>11</sup> Ibid.

aquellos expresados implícita o explícitamente en los documentos referentes al SP (la LGS y su reforma que crea el SP, y el manual que establece el CSG acerca del proceso de priorización antes mencionado). Esta revisión documental se complementará con la revisión de algunos documentos normativos y programáticos del Estado Mexicano en materia de salud (la Constitución Política y el Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2012). Después de esto, se procederá a hacer un análisis conceptual de los valores analizados del SP, con el fin de obtener los principios de justicia del modelo de decisión. Luego se procede a la construcción del modelo de decisión a través del análisis realizado hasta ese momento, para que finalmente se proponga un ejercicio hipotético de priorización donde se ilustren las implicaciones éticas y distributivas del modelo.

La pregunta central de este trabajo es de orden práctico – instrumental, debido a que pretende crear un instrumento para resolver un problema de política pública en la realidad. Por tanto, su propósito no es demostrar si una afirmación o situación es verdadera o falsa. La metodología adoptada es de tipo cualitativo analítico, ya que es un trabajo de ética aplicada que quiere llevar al terreno de la toma de decisiones los principios y valores propuestos por el Seguro Popular. Entonces, la estrategia a seguir es un análisis documental e interpretativo, con el fin de proveer a la Comisión Nacional Bioética de una herramienta útil que sirva para elaborar una recomendación de priorización desde el punto de vista ético.

### III. Desarrollo de la investigación

Tal como se acaba de describir, el desarrollo de la investigación se hace de manera incremental y gradual, en la cual se van cubriendo distintas etapas analíticas en la elaboración del modelo ético de decisión. Para ello, este trabajo seguirá los tres niveles del análisis ético para políticas públicas en salud, propuesta por Nuala Kenny y Mita Giacomini<sup>12</sup>. Esta metodología establece que el análisis ético tiene 3 fases:

- a) *Un análisis descriptivo* donde se enuncian los principios y valores que se pretenden privilegiar en la decisión pública;
- b) *Un análisis teórico* donde se estudian esos valores y principios a través de una o varias posturas éticas;
- c) *Un análisis normativo* donde se diga qué se debe hacer en la política pública, informada por el análisis descriptivo y el análisis teórico<sup>13</sup>.

El presente trabajo se dividirá en cinco capítulos. El primer capítulo describirá el marco teórico que sustenta la necesidad del análisis ético para las decisiones públicas, lo que le dará la justificación teórica a la elaboración del modelo de decisión propuesto. El segundo capítulo desarrolla un análisis descriptivo de los valores y principios que defiende en la implementación del Seguro Popular en México, a través de una revisión documental. El tercer capítulo hará el análisis conceptual que determine los principios de justicia que serán la base teórica del modelo de decisión.

En el cuarto capítulo se hará el análisis normativo donde se presenta la propuesta del modelo ético de decisión. El quinto capítulo mostrará las implicaciones éticas y distributivas de la adopción del modelo de decisión, a través de un ejercicio hipotético de

---

<sup>12</sup> Kenny, Nuala and Giacomini, Mita (2005). *Wanted: A New Ethics Field for Health Policy Analysis*. Health care analysis, Vol. 13, No. 4. Netherlands

<sup>13</sup> Op. Cit. (p. 252-254)

priorización; y finalmente se presentarán las conclusiones e implicaciones del uso del modelo ético de decisión para la Comisión Nacional de Bioética. Por tanto, se recomienda a los lectores del presente trabajo estudiar detenidamente cada capítulo, debido a que el sustento de cada uno de ellos es el análisis que se realizó en el capítulo inmediatamente anterior, por lo que el no seguir la secuencia propuesta podría causar problemas de comprensión del texto estudiado.

## CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL

Los procesos de priorización de servicios en salud son decisiones de política pública que tienen profundas implicaciones éticas porque muestran qué tipo de sociedad se está construyendo en materia de salud. En este capítulo se presenta una breve revisión bibliográfica para establecer la conexión entre priorizar los servicios de salud como una decisión de política pública y la importancia que tiene el análisis ético en dicha decisión.

### 1.1. La necesidad de priorizar los servicios en salud

La escasez de recursos públicos en salud de una sociedad impone la necesidad de su racionamiento. Esto es inevitable porque ante las demandas ilimitadas en materia de salud, no es posible proveer todos los servicios sanitarios que la población espera recibir<sup>14</sup>. Además, el racionamiento de los recursos en salud es deseable porque éstos compiten por su uso con otros bienes sociales -como la educación, la vivienda, el empleo y la infraestructura básica-, que también son importantes para proteger las capacidades y oportunidades de los individuos<sup>15</sup>.

Ahora bien, esta necesidad de racionar los recursos en salud lleva a que se tenga que decidir cuáles servicios se prestan y cuáles no, con el fin de que sean financiados por el sector público. Esta decisión se conoce como priorización de servicios en salud, que se puede definir como “la distribución de los recursos entre programas, intervenciones o personas que compiten por ellos”<sup>16</sup>. Según lo anterior, la priorización de los servicios de

---

<sup>14</sup> Lamm, Richard (1992). *Rationing of health care: inevitable and desirable*. University of Pennsylvania Law Review, Vol. 140, No. 5, pp. 1511-1529

<sup>15</sup> Daniels, Norman and Sabin, James (2001). *Setting limits fairly. ¿How can we learn to share medical resources?* Oxford University Press (p. 18)

<sup>16</sup> McKneally et al. (1997). Citado en Martin, Doug and Singer, Peter (2003). *A strategy to improve priority-setting in health care institutions*. Health Care Analysis, Vol. 11, No. 1, pp. 59-68

salud se puede presentar simultáneamente en tres diferentes niveles: “en el nivel *macro* (es decir en el sistema general de salud), en el nivel *meso* (o sea entre instituciones que prestan servicios de salud), y en el nivel *micro* (al interior de un centro de salud)”<sup>17</sup>.

A continuación se describen dos razones por las cuales es importante priorizar los servicios en salud. En primer lugar, porque esto le permite a la sociedad decidir acerca de qué es lo que considera más importante. En este aspecto, Richard Lamm sostiene que “así como las familias tienen que hacer elecciones al interior de su presupuesto, también nosotros como nación debemos tomar decisiones acerca de lo que podemos lograr y de lo que no en materia de salud”<sup>18</sup>. Entonces, un proceso de priorización le da la oportunidad a la sociedad de determinar cuáles son los servicios más importantes en materia de salud que se deben financiar, y cuáles son los valores y principios sociales a privilegiar.

En segundo lugar, es importante establecer prioridades en los servicios de salud porque con ello se puede lograr una mejor utilización de dichos recursos. La lógica de este argumento es que una vez que la sociedad haya determinado en qué servicios de salud se van a focalizar los recursos, es posible establecer mecanismos para que estos recursos se utilicen de una manera eficiente, y con ello construir procedimientos de orden democrático de transparencia y rendición de cuentas. Por eso Lamm sostiene que “nosotros no alcanzaremos la mejor utilización de nuestros recursos, logrando la maximización de la salud, hasta que nos preguntemos ¿cómo priorizaremos nuestro dinero para alcanzar la mayor salud para la mayor cantidad de personas?”<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> Op. Cit. (p. 61)

<sup>18</sup> Lamm (1992). Op. Cit (p. 1512)

<sup>19</sup> Ibid (p. 1512)

## 1.2. ¿Cómo se deben priorizar los servicios en salud?

La priorización de los servicios de salud es una decisión que siempre será discutible, por lo que esta elección no se puede realizar en forma arbitraria o discrecional. Estas decisiones afectan a toda una comunidad, porque *a priori* se sabe que habrá beneficiados y perjudicados directos con la elección del gobierno. Por tanto, es necesario contar con un proceso imparcial de toma de decisión que sea transparente y con la participación de todos los actores involucrados, con el fin de que se cumpla el propósito de que la sociedad pueda expresar sus “verdaderos intereses y valores” en materia de salud.

Esta es la razón por la que se requiere contar con un modelo normativo que guíe dicho proceso de toma de decisión, para que se hagan explícitos no sólo los procedimientos, sino también las razones, los principios, los valores y la información que motivaron a una decisión determinada. En este orden de ideas, Norman Daniels y James Sabin plantean un modelo normativo referente a la imparcialidad de los procesos de priorización en servicios de salud. Los autores proponen el *Accountability for Reasonableness*, dentro del cual describen cuatro condiciones que sería deseable seguir al momento de elaborar una decisión en materia de priorización en salud:

- a) *Publicidad*: las decisiones que se refieran a establecer límites en salud y sus justificaciones deben ser públicamente accesibles.
- b) *Relevancia*: las razones para el establecimiento de límites deben ayudar a proveer evidencias, razones y principios que sean aceptados por los expertos, con el fin de encontrar términos adecuados de cooperación.
- c) *Revisión y apelación*: debe haber mecanismos para retar y discutir las decisiones en materia de priorización, y más ampliamente, deben haber

oportunidades para revisar y mejorar las políticas a la luz de nuevas evidencias o argumentos.

d) *Regulación*: debe haber tanto coordinación voluntaria como pública del proceso, con el fin de asegurar que se cumplan las condiciones (a) al (c)<sup>20</sup>.

Sin embargo, si bien en las sociedades democráticas existe el consenso de que los criterios del *Accountability for Reasonableness* se deben tener en cuenta para asegurar que las decisiones en materia de priorización de recursos sean imparciales, este consenso todavía no existe cuando se trata de establecer los valores y principios que se considerarán relevantes para tomar dicha decisión. Además, tampoco existe acuerdo en cuanto a la relevancia o importancia que tendrá cada valor o principio al momento de escoger entre diferentes alternativas.

Por lo tanto, los procesos de priorización de servicios de salud, como decisiones de política pública, requieren la utilización de marcos normativos que ayuden tanto a cumplir los requisitos de una decisión imparcial como a definir y sustentar los valores que la guían. Estos marcos normativos se pueden construir aplicando las herramientas analíticas provistas por las teorías de la ética o de la filosofía moral a los procesos de toma de decisión. De ahí la importancia de introducir el concepto de ética analítica en este debate, para luego vincularlo con los procesos de políticas públicas que formulan los gobiernos; en otras palabras, las decisiones que toman desde el poder para incidir en sus sociedades.

### **1.3. La ética analítica**

Existe una extensa lista de autores que han propuesto una definición para el concepto de ética. Gibson Winter define la ética describiendo las funciones que cumple en el mundo

---

<sup>20</sup> Daniels y Sabin (2001). Op. Cit (p.45)

social. Como una empresa activa, este autor dice que “la ética busca clarificar la lógica y la adecuación de los valores que moldean el mundo; ella evalúa las posibilidades morales que se proyectan y se muestran en el ‘toma y dame’ social”<sup>21</sup>

Igualmente, Mike Martin define la ética como filosofía moral y estipula que ésta incluye cuatro metas o intereses: “clarificar los conceptos morales; evaluar críticamente las posiciones morales enfocadas a ‘evaluar su veracidad, justificación y adecuación’; construir una perspectiva inclusiva dilucidando las interconexiones entre ideas morales y valores; y proveer guías morales a través del mejoramiento de los juicios prácticos”<sup>22</sup>. Albert Jonsen y Lewis Buttler establecen que “la ética comprende aquellos métodos analíticos donde la realidad, las nociones y los lenguajes de la “bondad” y lo “correcto” se pueden estudiar”<sup>23</sup>.

Finalmente, Peter Brown establece que la ética como herramienta de análisis “es una investigación sistemática de las *justificaciones* de la conducta de los individuos, de las prácticas institucionales y de los modos de pensar. En este sentido, la ética se enfoca en encontrar las razones que se ofrecen para sustentar un comportamiento, una práctica, o un enfoque intelectual para abordar un problema”<sup>24</sup>.

Las anteriores definiciones revelan que el objeto de estudio de la ética analítica son las nociones de “bondad” o “correcto” en las decisiones tomadas por los agentes en la sociedad. Llevando esto al plano de las políticas públicas, si se considera que éstas son decisiones tomadas deliberadamente por un agente (en este caso el Estado) para incidir directa o indirectamente en una sociedad, entonces son por definición elecciones morales

---

<sup>21</sup> Winter, Gibson (1996). *Elements for a social ethic*. Macmillan. New York (p. 218).

<sup>22</sup> Martin, Mike (1995). *Everyday Morality: an introduction to applied ethics*. Segunda Edición. Belmont Calif: Wadsworth (p. 7-8).

<sup>23</sup> Jonsen, Albert and Butler, Lewis (1975). *Public Ethics and Policy Making*. The Hastings Center Report, Vol. 5, No. 4, pp. 19-31 (p. 21)

<sup>24</sup> Brown, Peter (1986). *Ethics and Education for the Public Service in a Liberal State*. Journal of Policy Analysis and Management, Vol. 6, No. 1, pp. 56-68 (p. 57)

tomadas desde el poder que llevan implícita una noción de lo que se considera bueno o correcto. Es por esto que las políticas públicas deben estar sujetas a un análisis desde la perspectiva de la ética analítica.

#### **1.4. La ética analítica y su relación con las políticas públicas**

Las políticas públicas son por definición decisiones morales tomadas desde el poder; esto es así porque al momento de adoptar una acción pública, el Estado está privilegiando determinados valores en detrimento de otros. En este sentido Mauricio Merino dice que “toda política pública supone siempre e invariablemente, una selección de problemas públicos y una elección entre alternativas de solución más o menos afines, o más o menos contrarias. Y de ahí que ninguna política pueda aspirar a la neutralidad ética. Por el contrario: al seleccionar problemas y elegir cauces para la acción pública, toda política pública es también una afirmación de valor”<sup>25</sup>.

Pero ¿para qué sirve un análisis de la formulación de las políticas públicas desde el punto de vista de la ética analítica? A través de los siguientes dos argumentos, se sustentará la utilidad de introducir el análisis ético al momento en que el gobierno toma sus decisiones de política pública.

*En primer lugar, el análisis ético permite identificar los valores que están detrás de una decisión de política pública.* Esta identificación de valores se puede proporcionar en dos niveles: los valores que privilegian los analistas que formulan las políticas públicas (y por ende los valores de las políticas públicas propiamente dichas); y los valores de las técnicas analíticas que estos analistas utilizan, que son inherentes a dichas técnicas o son impuestos por ellos.

---

<sup>25</sup> Merino, Mauricio (2007). *La importancia de la ética en el análisis de las políticas públicas*. Artículo en proceso de publicación. México (p. 2)

El primer nivel de valores (de las políticas públicas propiamente dichas) está muy relacionado con los principios ideológicos de quienes las formulan, que a su vez producen sesgos en el análisis de políticas. Por eso el análisis ético ayuda a descubrir cuáles son los valores que están privilegiando los actores involucrados en el momento de un debate de políticas públicas. La relevancia de esta identificación de valores consiste en permitir a estos actores que seleccionen los medios e instrumentos congruentes con las afirmaciones de valor que están privilegiando, y con ello “prevenir, o al menos mitigar, desviaciones y fracasos irreparables en la selección de problemas y en los cursos de acción elegidos”<sup>26</sup>.

El análisis ético provee entonces una herramienta adecuada para que en la deliberación de una política pública se descubran los valores subyacentes a ésta. En este sentido Douglass Amy sostiene que:

“el imperativo de un análisis ético es examinar todos los lados de un debate – argumentos y contrargumentos involucrados- antes de llegar a cualquier conclusión... en este debate de crítica de valores, todas las consideraciones normativas están abiertas para que todo el mundo las vea. Por el contrario, las decisiones normativas que se presentan como análisis “libre de valor” tienden a ocultar profundamente sus supuestos, y de esta forma estos supuestos están más propensos a entrar sin notarse en el debate de una política pública... Por tanto, si el análisis ético dice que todas las fases de las políticas públicas envuelven inevitablemente un número de supuestos normativos, entonces sería mejor hacer estas premisas explícitas y someterlas al debate, en lugar de decir que ellas no están ahí”<sup>27</sup>.

Con relación al segundo nivel de análisis de valores (aquellos que son inherentes a las técnicas que los analistas utilizan), se sabe que en las distintas etapas de las políticas públicas (desde la definición del problema hasta la evaluación) los encargados de formularlas utilizan distintos tipos de herramientas analíticas, cuantitativas y/o cualitativas, para elaborar sus análisis. La introducción de la ética analítica ayudará al análisis de

---

<sup>26</sup> Op. Cit. (p. 3)

<sup>27</sup> Amy, Douglass (1984). *¿Why policy analysis and ethics are incompatible?* Journal of Policy Analysis and Management, Vol. 3, No. 4, pp 573-591 (p. 578).

políticas a encontrar los supuestos y los valores que no sólo traen las herramientas mencionadas *per se*, sino los mismos supuestos y restricciones que los analistas les imponen. De acuerdo a lo anterior, Brown sostiene que “el análisis ético provee una perspectiva esencial en el uso de las técnicas analíticas... Las técnicas analíticas deben responder a los siguientes interrogantes: (a) ¿Las preferencias de quién se tendrán en cuenta?, (b) ¿Cuáles de esas preferencias serán relevantes para la decisión?, y (c) ¿Cómo se van a ponderar esas preferencias?”<sup>28</sup>. Estas preguntas que plantea el autor no se pueden contestar, excepto cuando se hace referencia a una teoría normativa. Es por eso que el análisis ético ofrece el marco necesario responder a estos interrogantes, y con ello hacer utilizables las técnicas analíticas necesarias para el análisis de políticas públicas.

*En segundo lugar, el análisis ético es una herramienta adecuada para sustentar de manera racional las posiciones de valor en todo el debate del análisis de una política pública.* Debido a que las políticas públicas son afirmaciones de valor, éstos estarán siempre “sobre la mesa” en un debate de argumentos a favor y en contra de esos valores. Por eso en estos debates se tiene que hacer una defensa de los principios que se considerarán importantes en una decisión de política pública.

En este sentido, Amy sostiene que el análisis ético sobre distintas posiciones de valor conduce a la defensa de cada uno de ellos. Sobre esta defensa en el análisis ético, el autor señala que:

“los filósofos morales no están sosteniendo que las posiciones de valor se pueden establecer empíricamente, como si fueran pruebas científicas. En lugar de ello, sostienen que el discurso moral tiene su propia forma de racionalidad y su propio estilo de validación, es decir, que las justificaciones morales se deben evaluar no como verdaderas o falsas, sino como poderosas o débiles, convincentes o no persuasivas... En el debate entre distintas posiciones morales, uno puede de hecho comenzar a establecer cuáles argumentos morales son más

---

<sup>28</sup> Brown (1986). Op. Cit (p. 60)

apropiados y poderosos en justificar una cierta posición ética. En otras palabras, el análisis ético racional es posible”<sup>29</sup>.

Con esta defensa de las posiciones de valor en un debate de política pública, es más fácil llegar a una forma concreta de toma de decisión. Esto quiere decir que el análisis desde la filosofía moral no carece de implicaciones prácticas para los decisores públicos, sino que sus investigaciones están permeando la toma de decisiones en algunas áreas de política pública. Un ejemplo de esto lo constituye la ética biomédica<sup>30</sup>.

## 1.5. Conclusiones

En síntesis, en este capítulo se ha sostenido la idea de que la combinación de los enfoques de la ética analítica y las políticas públicas es una técnica fundamental para mejorar las decisiones que se toman desde el gobierno, las cuales tienen repercusiones sobre la sociedad donde se desea intervenir. Tal como lo menciona Nuala Kenny “la ciencia de las políticas incluyen temas de ideología, de poder y de valores... por lo que las políticas públicas son inescapablemente una empresa moral... ellas tratan acerca de cómo las comunidades intentan alcanzar algo como conjunto”<sup>31</sup>. A través de esta afirmación, se puede inferir que cada política presupone un argumento moral subyacente que la justifica, y requiere de cierto(s) principio(s) ético(s) que actuarán como sus estándares de evaluación<sup>32</sup>.

De todo lo anterior se concluye que en los procesos de priorización de los servicios en salud, se privilegian valores que determinan quiénes se benefician y quiénes se perjudican con la elección adoptada. Por eso en estos procesos, como decisiones de política pública, se

---

<sup>29</sup> Ibid (p. 576)

<sup>30</sup> Ibid (p. 578-579)

<sup>31</sup> Kenny, Nuala (2004). *¿What's fair? Ethical decision-making in an aging society*. Research Report, Canadian Policy Research Networks. Canada. p. 11

<sup>32</sup> Gillroy y Wade (1992). Citado en Kenny, Nuala (2004)

necesita del análisis ético para cumplir con el cometido de revelar y sustentar dichos valores, lo que a su vez tienen una alta implicación social. Logrando esto, se contribuirá al logro de construir un proceso de toma de decisión imparcial, cumpliendo con los requerimientos del *Accountability for Reasonableness*.

## **CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO: PRINCIPIOS Y VALORES QUE SERÁN LA BASE DEL MODELO ÉTICO DE DECISIÓN**

### **2.1. Igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud**

El artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud, y la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud...”. En este sentido, la salud en México se concibe como un bien social, el cual debe estar a disposición de todos los miembros de la sociedad, bajo los mismos términos de acceso, financiamiento y calidad<sup>33</sup>. Por eso, en términos constitucionales la aspiración del Sistema Nacional de Salud (SNS) es cumplir con la universalidad y la naturaleza gratuita en el acceso a los servicios de salud para toda la población.

Sin embargo, antes del año 2004, el sistema de salud mexicano no respondía a los requerimientos del mandato constitucional, debido a que había sectores de la población que aún no contaban con acceso gratuito a los servicios de salud a través de la seguridad social, por el hecho de no pertenecer al sector laboral formal de la economía. En estos grupos predominaba el gasto de bolsillo<sup>34</sup> en los servicios de salud, que según estimaciones de la Secretaría de Salud, en el año 2002 representaba el 52% del total con que se financiaba el sistema de salud en México<sup>35</sup>. Cabe destacar que el grupo de personas que conformaba la población excluida de la protección social en salud eran los pobres, los adultos mayores, los

---

<sup>33</sup> Secretaría de Salud (2005). *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México

<sup>34</sup> El gasto de bolsillo es el pago que realizan las familias directamente al prestador de servicios de salud al momento de demandar o hacer uso de éstos (Secretaría de Salud, 2005)

<sup>35</sup> Op. Cit

grupos indígenas, los trabajadores no asalariados, los trabajadores de la economía informal, los desempleados, los subempleados, así como la población rural<sup>36</sup>.

Ante esta situación, el gobierno mexicano introduce en el año 2004 la reforma a la Ley General de Salud (LGS), que crea el Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el llamado Seguro Popular (SP). Este seguro se diseñó para brindar protección financiera a las familias que no contaban con un seguro público de salud y con ello reducirles el gasto de bolsillo. Este nuevo sistema de financiamiento público buscaba satisfacer dos principios básicos subyacentes del derecho constitucional a la protección de la salud que no se cumplían:

- a) *Principio de solidaridad financiera*, que establece que las personas enfermas y de escasos ingresos se benefician de las personas sanas y con mayores recursos.
- b) *Principio de progresividad financiera*, que indica que los individuos deben aportar de acuerdo a su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades de salud<sup>37</sup>.

Estos principios ponen en evidencia que a través de la implementación del SP, el SNS quiere avanzar hacia la universalidad e igualdad en el acceso a los servicios de salud mediante un trato “*desigual a los desiguales*”. Lo anterior supone que un objetivo subyacente del SP es que quiere privilegiar a los grupos que han estado más desfavorecidos en el acceso a la salud, por lo que su meta es tratar de igualar su acceso con relación a los grupos de la población que históricamente se han beneficiado del sistema de seguridad social, que son los que forman parte del sector laboral formal de la economía.

El principio de beneficiar a los grupos más desfavorecidos es algo que la misma legislación mexicana en materia de salud establece. La Ley General Salud, en el artículo 3

---

<sup>36</sup> Ibid. (p. 16)

<sup>37</sup> Ibid

fracción II establece que “es materia de salubridad general: la atención médica, preferentemente en beneficio de los grupos vulnerables”. Igualmente dentro del eje rector 3 del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007 – 2012, que es la igualdad de oportunidades<sup>38</sup>, el objetivo 6 establece que una línea de acción del gobierno federal será “reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables”. La lógica que subyace en estas afirmaciones es que los grupos vulnerables deben tener iguales derechos en el acceso gratuito a la salud que aquellos que no lo son.

De la misma manera, en el Manual para la Priorización de Enfermedades e Intervenciones que Ocasionan Gastos Catastróficos coordinado por el Consejo de Salubridad General, se establecen los ejes valorativos que va a adoptar la Comisión Nacional de Bioética, que es la entidad federal encargada de emitir la recomendación de priorización de las enfermedades de alto costo del SP desde el punto de vista ético. El manual afirma que los referentes que utilizará dicha comisión “son aquellos que le dan al análisis una perspectiva de equidad y justicia, entendida como la forma de igualar las oportunidades de desarrollo y acceso a los servicios de salud de la población considerada más vulnerable y desprotegida, y a la vez la utilización racional de los recursos”<sup>39</sup>.

Entonces, la introducción del Seguro Popular en el Sistema Nacional Salud tiene un eje valorativo central: igualar tanto las oportunidades de acceso a los servicios de salud para la población no derechohabiente, como su protección financiera en cuanto al gasto de bolsillo. Se observa claramente que una de las preocupaciones del gobierno mexicano es

---

<sup>38</sup> El PND 2007-2012 establece que “es necesario que podamos garantizar el acceso a los servicios básicos para que todos los mexicanos tengan una vida digna. Esto supone que todos puedan tener acceso al agua, a una alimentación suficiente, *a la salud*, a la educación... y a todos aquellos servicios que constituyan el bienestar de las personas y de las comunidades” (PND 2007-2012, cuarta sección –cursivas del autor-)

<sup>39</sup> Consejo de Salubridad General (2007). Op. Cit

que todos los habitantes, sin importar su origen y el ingreso de sus padres, tengan acceso igualitario y gratuito a los servicios de salud.

## **2.2. Conclusiones**

En el análisis descriptivo realizado en este capítulo queda claro que en México el principal eje valorativo por el que se creó el SP está acorde con la principal directriz que defiende todo el SNS, desde la Constitución, hasta la política en salud. Este eje valorativo *es la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud*, por lo que este es el principio que va ser privilegiado en la construcción del modelo ético de decisión propuesto en esta investigación. Este concepto se entenderá de acuerdo a la lógica de la implementación del SP, que es “equiparar las oportunidades en el acceso a los servicios de salud para la población mexicana”.

De igual manera, bajo este eje valorativo de la igualdad están subordinados los principios que el SP intenta promover, que son la solidaridad y la progresividad. Esto supone aspirar a la universalidad mediante un trato desigual a los desiguales, por lo que se entiende que detrás del concepto de “equiparar las oportunidades en el acceso” está el hecho de privilegiar a los grupos más desfavorecidos en materia de salud. Quiere decir entonces que en México, la salud es vista como un bien social al cual todas las personas deben tener acceso bajo los mismos términos, sin distinción de su condición socio-económica.

Sin embargo, el concepto de igualdad aquí descrito todavía sigue incompleto, ya que queda pendiente la tarea de definir qué se entenderá como grupo desfavorecido en materia de salud en México. Además todavía queda por entender desde el punto de vista ético los conceptos de solidaridad y progresividad. En el siguiente capítulo se entrará a

operacionalizar los conceptos clave que formarán parte de la lógica de la construcción del modelo de decisión, con el fin de precisar la definición de dichos conceptos.

### **CAPÍTULO 3. ANÁLISIS CONCEPTUAL: PRINCIPIOS DE JUSTICIA DEL MODELO ÉTICO DE DECISIÓN**

En el presente capítulo se describirán los principios de justicia que formarán parte del modelo ético de decisión, a partir de las concepciones de igualdad que subyacen a la implementación del Seguro Popular (SP). Además, se utilizarán estos principios para realizar un análisis crítico de los criterios de la Medicina Basada en Evidencia (MBE), enfoque que en los últimos años ha ganado terreno en el área de toma de decisiones en salud. Esto se hará con el fin de descubrir sus supuestos y sus valores, y a través de ello establecer los criterios que tendrán más importancia relativa en el modelo de decisión.

#### **3.1. Concepciones de la igualdad en la implementación del Seguro Popular**

La igualdad en el acceso en los servicios de salud para la población mexicana no tiene una concepción única desde el punto de vista teórico. Con el fin de darle un fundamento conceptual a los principios de justicia que se van a adoptar en el modelo de decisión, a continuación se describen las dos concepciones de igualdad que supuso la creación del SP.

En primer lugar, el SP buscaba una *igualdad con respecto a bloques*<sup>40</sup>. Esta concepción de igualdad tiene dos características importantes según Douglas Rae *et al*: (a) los sujetos de la igualdad se dividen en dos o más subclases, y (b) se requiere la igualdad entre las subclases (o bloques) y no al interior de ellas<sup>41</sup>. En este sentido, en México antes de la implementación del SP se identificaba que en materia de protección a la salud, la población se dividía en dos grandes grupos: (a) los derechohabientes de la seguridad social

---

<sup>40</sup> Rae, Douglas *et al* (1981). *Equalities*. Harvard University Press. USA.

<sup>41</sup> Op. Cit (p. 32)

(trabajadores formales de la economía) y, (b) los no derechohabientes o población abierta (trabajadores informales, autoempleados y desempleados).

En este orden de ideas, el SP buscaba igualar las condiciones de acceso a la salud de los no derechohabientes con relación a las condiciones que tenían los derechohabientes. Entonces la *igualdad con respecto a bloques* quería lograr que la población abierta tuviera el mismo derecho de obtener servicios de salud gratuitos que los derechohabientes y con ello poder evitar el empobrecimiento por vía del gasto de bolsillo. Esto último supone que dentro del SP está la idea de una *igualdad de oportunidades con respecto a medios*<sup>42</sup>, con lo que se establece que toda la población mexicana debe tener los mismos instrumentos para acceder a los servicios de salud, y con ello tener las mismas oportunidades de desarrollar sus capacidades en la vida a través de la protección a la salud<sup>43</sup>.

En segundo lugar, la implementación del SP trajo consigo la idea de la *igualdad con respecto a segmentos*<sup>44</sup>. Según Rae *et al*, esta concepción de la igualdad también tiene dos características: (a) los sujetos de la igualdad se dividen en dos o más subgrupos mutuamente excluyentes (similar a la concepción de *igualdad con respecto a bloques*), y (b) se requiere la igualdad en cada par de elementos al interior de cada subclase, y no entre ellas (a diferencia de la concepción de *igualdad con respecto a bloques*). En este sentido los principios de justicia de *solidaridad y progresividad financiera* intentan avanzar hacia la igualdad al interior de los beneficiarios del SP mediante un trato desigual a los desiguales. En esto consiste el hecho que cada quien aporte al sistema de acuerdo a su capacidad de pago, y con ello se ayude a las personas que están en desventaja (más enfermos y de escasos recursos) por parte de aquellos que no lo están.

---

<sup>42</sup> Ibid

<sup>43</sup> Daniels, Norman (1981). *Health care needs and distributive justice*. Philosophy and Public Affairs, Vol. 10, No. 2, p.p. 146-179. USA

<sup>44</sup> Rae *et al* (1981). Op. Cit

### 3.2. Principios de justicia del modelo ético de decisión

Con base en las concepciones de igualdad descritas en el apartado anterior, a continuación se enuncian los principios de justicia que darán el sustento teórico al modelo. Teniendo en cuenta que los sujetos a quienes va a afectar la decisión de priorización son personas con padecimientos que ocasionan gastos catastróficos (una subclase dentro del total de beneficiarios del SP), los principios propuestos son los siguientes:

- a) Principio de igualdad humana
- b) Principio de solidaridad

**3.2.1. Principio de igualdad humana.** Este principio parte de la idea de la dignidad humana, por lo que todos los seres humanos tienen igual valor e igual derecho al respeto de su dignidad ante la ley y ante el Estado. En este sentido, siguiendo el razonamiento de Per Erik Liss, el principio de igualdad humana establece que el valor de las personas es intrínseco e igualitario, y no depende de características individuales como la edad, las habilidades o destrezas, el status social, el ingreso, la contribución a la sociedad o el estado de salud<sup>45</sup>.

El principio de igualdad humana planteado en estos términos es congruente con las concepciones de igualdad que intenta defender el SP. La *igualdad con respecto a bloques*, que sostiene que los no derechohabientes de la seguridad social tienen los mismos derechos en materia de salud que aquellos que sí lo son, señala claramente que todos los individuos que hacen parte de la población en México son iguales, y por lo tanto tienen igual derecho a proteger sus capacidades en la vida mediante el acceso a los servicios de salud.

De la misma manera, el principio de igualdad humana es compatible con la *igualdad con respecto a segmentos*. En este sentido, si bien su filosofía es avanzar hacia la igualdad

---

<sup>45</sup> Liss, Per-Erik (2003). *The significance of the goal of health care for the setting of priorities*. Health Care Analysis, Vol. 11, No. 2, p.p. 161-169. The Netherlands (p. 163)

mediante un trato desigual a los desiguales a través de los principios de solidaridad y progresividad, estos principios están enmarcados a los aportes al sistema del SP por parte de los beneficiarios, y no sobre la base del acceso a los servicios de salud. Lo anterior quiere decir que independientemente de los aportes que haga un individuo al SP con respecto a otro, los dos tienen iguales derechos en cuanto al acceso se refiere.

Así las cosas, el principio de igualdad humana establece que todas las personas enfermas afiliadas al SP, y que sufran padecimientos de alto costo, son iguales dentro del proceso de priorización. Es decir, *a priori*, ninguna enfermedad o intervención que afecte a personas que cumplan con las características mencionadas, podrá ser excluida del universo de elegibilidad. Con lo anterior, criterios como la edad, el status socio-económico o de salud, o la contribución social de quienes en general padecen de algunas enfermedades que causan gastos catastróficos, no son razones para excluirlas del análisis de decisión. Lo anterior establece un piso mínimo con el cual se habrán de analizar las enfermedades e intervenciones que va a financiar el SP, a través del siguiente principio: solidaridad.

**3.2.2. Principio de solidaridad.** Este principio implica mostrar especial consideración a las necesidades de los más débiles. Esto se hará con el fin igualar los resultados de la salud tanto como sea posible entre los diferentes grupos de la población<sup>46</sup>, y con ello se puedan promover las oportunidades<sup>47</sup> de los más desaventajados de la sociedad. Este principio se justifica desde el SP a través de los principios de solidaridad y progresividad, que intentan avanzar hacia la igualdad mediante un trato desigual a los que son desiguales. De la misma forma, este principio va de acuerdo con lo establecido en las prioridades de igualdad del gobierno mexicano. Tal como se comentó en el capítulo 1, tanto el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, la propuesta en materia de priorización de la

---

<sup>46</sup> Op. Cit

<sup>47</sup> Daniels, Norman (1981). Op. Cit

Comisión Nacional de Bioética, y demás documentos programáticos del gobierno federal, establecen que se pretende alcanzar la igualdad de oportunidades, especialmente para los grupos vulnerables de la sociedad.

Pero surge la siguiente pregunta: ¿quién se considera grupo vulnerable o en desventaja en materia de salud? Siguiendo la clasificación de Dan Brock, los grupos vulnerables se pueden entender de dos maneras para efectos del modelo de decisión: el primero de ellos es aquella población que se encuentra en condiciones socioeconómicas que hacen que su estado de salud tienda a ser más desfavorable que la del resto de la población, como pobreza, marginación, y falta de oportunidades para la educación y el empleo<sup>48</sup>. El segundo grupo que se considera vulnerable o en desventaja son aquellos que se encuentran en alguna situación inmerecida debido a algún evento en la naturaleza, pero que no constituye una injusticia social<sup>49</sup>. Ejemplos de éstos pueden ser las personas con discapacidades o las personas con enfermedades hereditarias, que son ocasionadas por la “lotería natural”<sup>50</sup>.

Estas dos concepciones de desventaja o vulnerabilidad se caracterizan por el hecho de que son situaciones exógenas y que están fuera del control de los grupos afectados, por lo que existe la responsabilidad social y moral de atender estas desigualdades de manera especial. Si existen grupos de personas que se enfrentan a restricciones en el acceso a servicios de salud debido a situaciones de pobreza, a la localización geográfica donde viven, o a problemas de discapacidad física, deben establecerse mecanismos sociales que

---

<sup>48</sup> Brock, Dan (2002). *Health resource allocation for vulnerable populations*, en Danis, Marion; Clancy, Carolyn; Churchill, Larry. Ethical dimensions of health policy. Oxford University Press. 2002 (p. 290).

<sup>49</sup> Op. Cit (p.291)

<sup>50</sup> Rawls, John (1999). *Justicia como equidad. Materiales para una teoría de la justicia*. Editorial Tecnos. España.

permitan que estos grupos de la población sean tratados de forma diferencial, y con ello puedan aspirar a un mínimo de acceso a la salud.

Los principios de justicia aquí mencionados (igualdad humana y solidaridad) no sólo son congruentes con los valores que intenta promover el Seguro Popular, sino también se ajustan al principio de diferencia de una de las teorías de justicia más influyente en el pensamiento político del siglo XX: la teoría de la justicia como equidad de John Rawls<sup>51</sup>. El principio de igualdad humana implica que todas las personas tienen igualdad de oportunidades –segundo corolario del principio de diferencia- al momento del análisis de las enfermedades para la priorización, por lo que no habrá discriminación por ningún factor de las características de las personas; y el principio de solidaridad implica que las desigualdades en el trato a favor de los grupos vulnerables o desaventajados se justifican porque operan como parte de un esquema que mejora las expectativas de los miembros menos favorecidos de la sociedad -primer corolario del principio de diferencia, o criterio maximin-<sup>52</sup>.

A partir de los principios de igualdad humana y solidaridad, se realiza a continuación un análisis crítico de los criterios en los que se fundamenta la Medicina Basada en Evidencia (MBE), enfoque que se utiliza ampliamente en la toma de decisiones en el sector salud, con el fin de descubrir sus valores y supuestos. A través de este análisis, se pretende

---

<sup>51</sup> Los dos principios de la justicia de Rawls son los siguientes:

1.- *Principio de libertades o de distribución de igual número de esquemas de libertades para todos.* Cada persona debe tener un derecho igual al esquema más extenso de libertades básicas que sea compatible con un esquema semejante de libertades para los demás.

2.- *Principio de diferencia.* Las desigualdades económicas y sociales habrán de ser conformadas de modo que cumplan dos condiciones: (a) deben estar para el mayor beneficio esperado de los miembros menos aventajados de la sociedad (criterio de equidad maximin), (b) deben vincularse a empleos y cargos abiertos para todos bajo condiciones de igualdad de oportunidades.

Veáse Rawls, John (1974). *Some Reasons for the Maximin Criterion.* The American Economic Review, Vol. 64, No. 2, Papers and Proceedings of the Eighty-sixth Annual Meeting of the American Economic Association, p.p. 141 – 146

<sup>52</sup> Rawls, John (1999). Op. Cit (p. 173)

encontrar si los supuestos de la MBE violan alguno de los principios de justicia propuestos, y con ello se pueda establecer su importancia relativa dentro del modelo de decisión.

### **3.3. Análisis crítico del enfoque de la Medicina Basada en Evidencia para la toma de decisiones en salud.**

En el área de la práctica médica se está presentando un mayor esfuerzo en basar las decisiones en los resultados de estudios empíricos. Esta atención consiste en buscar tanto la mayor como la mejor evidencia empírica disponible, con el fin de mejorar la calidad del servicio de cuidado de la salud por parte del personal médico<sup>53</sup>. Esto es lo que se conoce como la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), que ha sido definida por David Sackett *et al* como “el uso consciente y explícito de la mejor evidencia actual en la toma de decisiones acerca del cuidado individual de los pacientes”<sup>54</sup>. La idea detrás de este enfoque es que los médicos sólo deben hacer uso de los tratamientos que se han considerado clínicamente como efectivos, en lugar de utilizar tratamientos que pueden ser ineficaces o dañinos para los pacientes.

Sin embargo, si bien este enfoque está orientado a servir de guía para la toma de decisiones de los profesionales de la salud, algunos autores han recomendado su uso en la hechura de las políticas públicas en salud. La MBE es vista no sólo como un mecanismo para mejorar la calidad de la práctica médica, sino también como un instrumento de control de costos<sup>55</sup>. Debido a que, desde una perspectiva racional, las políticas en salud deben descubrir y dirigir los determinantes que tienen una contribución sustancial y comprobada

---

<sup>53</sup> Meulen, Ruud Ter and Dickenson, Donna (2002). *Into the Hidden World Behind Evidence-Based Medicine*. Health Care Analysis, Vol. 10, p.p. 231-241.

<sup>54</sup> Sackett, David; Rosenberg, William; Muir Gray, J; Haynes, R Brian; Scott, W (1996). *Evidence-Based Medicine: ¿what it is and what it isn't?* British Medical Journal, Vol. 312, No. 7023, p.p. 134-136. United Kingdom.

<sup>55</sup> Meulen y Dickenson (2002). Op. Cit. (p. 231)

en el estado de la salud de una población<sup>56</sup>, es necesario informar la toma de decisiones con evidencia científica, y con ello lograr que la distribución de los recursos escasos se haga de manera responsable<sup>57</sup>. J. Muir Gray sostiene que los tomadores de decisiones deben ser usuarios de la MBE, ya que las presiones crecientes sobre los sistemas de salud obligan a un uso racional de los recursos disponibles<sup>58</sup>.

En este orden de ideas, el enfoque de la MBE como instrumento de las políticas en salud se divide en tres grandes criterios para la distribución de los recursos: (a) el criterio de efectividad de los tratamientos, que consiste en producir la información científica relevante acerca de la eficacia de las intervenciones que se usan en la práctica médica; (b) el criterio de necesidad en salud que intenta describir el grado de severidad que tienen las diversas enfermedades que afectan a una población; y (c) el criterio de costo-efectividad que establece la relación entre los costos de las intervenciones y sus efectos esperados<sup>59</sup>. Entonces, si se pretende construir un modelo de decisión desde la perspectiva ética, es necesario analizar los criterios de la MBE a la luz de los supuestos que establecen y los valores que privilegian<sup>60</sup>, debido a que estos criterios son universalmente aceptados como instrumentos en la distribución de recursos en salud. A continuación se realiza el análisis ético para cada criterio mencionado:

**3.3.1. Criterio de efectividad.** Como se ha comentado, las investigaciones en la ciencia médica están permeando el ámbito de la toma de decisiones públicas en salud. La idea fundamental consiste en que para racionar los recursos, se necesita evidencia acerca de

---

<sup>56</sup> Niessen, Louis; Grijseels, Els W. M ; Rutten, Frans F.H. (2000). *The evidence-based approach in health policy and health care delivery*. Social Science & Medicine, Vol. 51, p.p. 859-869. Elsevier

<sup>57</sup> Meulen y Dickenson (2002). Op. Cit. (p. 232)

<sup>58</sup> Muir Gray, J (1997). *Evidence-Based Healthcare. How to make Health Policy and Management decisions*. Edinburg: Churchill Livingstone.

<sup>59</sup> Norheim, Ole Frithjof (2002). *The role of evidence in Health Policy Making: a normative perspective*. Health Care Analysis. Vol. 10; p.p. 309-317. The Netherlands (p. 317).

<sup>60</sup> Meulen y Dickenson (2002). Op. Cit. (p. 233)

cuáles tratamientos han probado ser efectivos para combatir un determinado padecimiento. La “regla de oro” aceptada entre la comunidad médica para probar la eficacia de los tratamientos es el Ensayo Clínico Controlado (ECC), donde los resultados de las investigaciones se obtienen en condiciones experimentales estrictamente controladas<sup>61</sup>.

Sin embargo, hay varias implicaciones éticas que han de tenerse en cuenta al momento de considerar las evidencias para la efectividad de los tratamientos, debido a que estas metodologías intrínsecamente privilegian determinados valores, en contraposición de otros. En primer lugar, la investigación llevada a cabo a través de los ECC puede excluir de los experimentos a determinados grupos de personas por razones metodológicas o económicas, por lo que en principio estos grupos se encuentran en desventaja para la toma de decisiones. Estos grupos suelen ser los adultos mayores, las mujeres embarazadas y las personas que padecen enfermedades crónicas<sup>62</sup>. Implícitamente esto puede llevar a desestimar los padecimientos que tengan alta incidencia entre los grupos mencionados, lo que *a priori* violaría el principio de igualdad humana (se discrimina a ciertos grupos), debido que podrían no existir evidencias clínicas para los tratamientos que beneficiarían a este tipo de personas.

En segundo lugar, la metodología de los ECC lleva implícita los siguientes sesgos: (a) tendencia a descartar otros diseños de investigación (como los estudios observacionales o cualitativos) si los ECC están disponibles; (b) sesgo a favor de las investigaciones con drogas y medicamentos; y (c) tendencia a no invertir en la investigación en áreas donde los ECC sean difíciles de llevar a cabo, como la prevención o el soporte social<sup>63</sup>. Estos sesgos

---

<sup>61</sup> Op. Cit

<sup>62</sup> Biller-Andorno, Nikola; Lie, Reidar; Meulen, Ruud Ter (2002). *Evidence-Based Medicine as an instrument for Rational Health Policy*. Health Care Analysis, Vol. 10, p.p 261-275. The Netherlands (p. 263)

<sup>63</sup> Dickenson, Donna and Vineis, Paolo (2002). *Evidence-Based Medicine and Quality of Care*. Health Care Analysis; Vol. 10; p.p. 243-259. The Netherlands (p. 245).

podrían estar en contraposición con el principio de solidaridad planteado en este capítulo, porque probablemente en la toma de decisiones se excluyan a grupos desaventajados por condiciones socioeconómicas, ya que es posible que no existan investigaciones que avalen la eficacia de tratamientos dirigidos a este tipo de poblaciones.

**3.3.2. Criterio de necesidad en salud.** Otro de los criterios que utiliza la MBE al momento de distribuir recursos en salud es el criterio de necesidad. El concepto de necesidad en salud se puede distinguir a través de un criterio subjetivo u objetivo<sup>64</sup>. El criterio subjetivo utiliza la evaluación propia de cada individuo acerca de qué tan bien se encuentra éste, para determinar la importancia de sus preferencias y de sus peticiones; en cambio el criterio objetivo invoca a una medida de la necesidad independiente de la evaluación propia del individuo, por ejemplo, independiente de sus preferencias<sup>65</sup>.

En lo que concierne a las decisiones en salud, el criterio objetivo de necesidad es el más utilizado dentro de distintos contextos de la sociedad, bajo el concepto de *severidad de la enfermedad*, que intenta medir la magnitud relativa de las enfermedades y lesiones, sus factores de riesgo, y sus determinantes socioeconómicos desagregados por edad, sexo y región<sup>66</sup>. La medida agregada estándar para medir el grado de severidad de las enfermedades son los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISAs)<sup>67</sup>, que se utiliza para contabilizar los aspectos macro-epidemiológicos de una sociedad. En términos generales, los AVISAs miden “el tiempo vivido con discapacidades y el tiempo perdido debido a una

---

<sup>64</sup> Scanlon (1975). Citado en Daniels (1981). Op. Cit.

<sup>65</sup> Daniels (1981). Op. Cit (p. 150)

<sup>66</sup> Murray, Christopher and Acharya, Arnab (1997). *Understanding DALYs*. Journal of Health Economics, Vol. 16, No. 6, p.p. 703-730.

<sup>67</sup> Su versión en inglés es DALYs: Disability Adjust Life Years

mortalidad prematura”<sup>68</sup>. Entonces por definición, los AVISAs son un “mal” que se deben minimizar<sup>69</sup>.

De lo anterior, John Scott sostiene que el uso de los AVISAs<sup>70</sup> tiene las siguientes ventajas:

- a) Representan un esfuerzo importante en proveer una medida sencilla y ampliamente aceptada del peso de la enfermedad de acuerdo a una muerte prematura y a una discapacidad, y que a pesar de ser una medida agregada que tiende a medir promedios en los estándares de las enfermedades, es de suma utilidad. El uso de los AVISAs en contabilizar la severidad de una enfermedad en términos macro-epidemiológicos, se puede comparar con el uso del Producto Interno Bruto (PIB) como indicador del bienestar social, en términos macroeconómicos.
- b) Los AVISAs representan el esfuerzo sin precedentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Banco Mundial (BM) de cuantificar la severidad de la enfermedad globalmente, incluyendo patrones de mortalidad y discapacidad de las enfermedades y lesiones –asociadas con factores de riesgo, como el tabaco, el alcohol, el agua insalubre, el sexo inseguro- para 240 condiciones clínicas en 8 regiones, cubriendo con ello el mundo entero<sup>71</sup>.

A pesar de las ventajas que posee el uso de los AVISAs como medida del peso de la enfermedad en una región, la construcción de este indicador está basado en algunos supuestos morales que son relevantes estudiar, a fin de establecer su importancia relativa en

---

<sup>68</sup> Murray, Christopher. (1994). *Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjust life years*. Bulletin of the World Health Organization, No. 72, pp. 429-445 (p. 441). Este autor sostiene que los años perdidos de una mortalidad prematura se estiman con respecto a una expectativa estándar de vida en cada año; y los años vividos con discapacidad se traducen en un tiempo perdido equivalente por el uso de una serie de ponderaciones que reflejen la reducción en las capacidades funcionales, con lo que las altas ponderaciones corresponden a grandes reducciones. En ambos casos, el tiempo estimado se ajusta usando una serie de “elecciones de valor” que pondera en forma diferente el tiempo vivido en diferentes años y en diferentes períodos (p. 430).

<sup>69</sup> Anand, Sudhir and Hanson, Kara (1997). *Disability-adjusted life years: a critical review*. Journal of Health Economics, Vol. 16, No. 6, p.p. 685-702 (p. 686)

<sup>70</sup> Para conocer más acerca de la construcción técnica de los AVISAs, léase Murray (1994), y Murray y Acharya (1997)

<sup>71</sup> Scott, John (1999). *Justice in health: DALYtarianism, equality of opportunity and health poverty*. Documento de Trabajo No. 146. División de Economía. CIDE. México (p. 4)

la construcción del modelo de decisión propuesto. Entre las críticas que algunos autores<sup>72</sup> han hecho a los AVISAs, se encuentran las siguientes:

- a) El descuento por las pérdidas y ganancias futuras en salud implican una desventaja para la medicina preventiva, y para las futuras generaciones.
- b) La ponderación de la edad desfavorece a los ancianos.
- c) La elección estándar de la esperanza de vida desfavorece a las mujeres.
- d) La elección de la ponderación de diferentes discapacidades por parte de expertos, reflejan los valores de sólo una muestra sesgada de la población.
- e) Asignan explícitamente menor valor a las intervenciones que prolonguen la vida de una persona discapacitada, con relación a una persona sin discapacidad.
- f) No tiene en cuenta la condición sociodemográfica de la personas, por lo que pondera de igual manera a ricos y a pobres.

Estos supuestos sobre los que está fundamentada la construcción de los AVISAs, van en contravía con los principios de justicia de igualdad humana y solidaridad propuestos en este trabajo, debido a que asignan distintas ponderaciones a las personas de acuerdo a su edad, se pondera en menor grado a las personas discapacitadas que a las que no sufren de estos padecimientos, y no tiene en cuenta las condiciones socioeconómicas de los grupos poblacionales, por lo que tienden a ignorar las necesidades especiales de los grupos vulnerables. Lo anterior lleva a que se tenga que hacer un uso crítico de los AVISAs en el modelo de decisión, con el fin de que reflejen la información de los aspectos que se tienen en cuenta en los principios de justicia propuestos en este trabajo a partir de los valores del SP.

---

<sup>72</sup> Véase Anand y Hanson (1997). Op. Cit; Anand, Sudhir and Hanson, Kara (1998). *DALYs: Efficiency Versus Equity*. World Development. Vol. 26, No. 2, p.p. 307 – 310. Great Britain; y Arnesen, Trude and Nord, Erik (1999). *The value of DALY life: problems with ethics and validity of disability adjusted life years*. British Medical Journal. Vol. 319, No. 7222, p.p. 1423 – 1425.

**3.3.3. Criterio de costo-efectividad.** Este criterio captura el enfoque común planteado por la teoría económica, en el sentido de un tomador de decisiones benevolente que quiere maximizar la eficiencia en la distribución de los recursos, sujeto a restricciones presupuestales<sup>73</sup>. Entonces, el análisis costo-efectividad (ACE) se convierte en una herramienta que concierne a la eficiencia distributiva al interior del sector salud, que consiste en seleccionar el paquete de servicios que asegure el máximo beneficio posible en salud para la población<sup>74</sup>.

A pesar de ser un instrumento de gran utilidad para informar las decisiones de distribución de recursos en salud, el ACE presenta diversas dificultades metodológicas<sup>75</sup>. Dos problemas en particular conciernen a la construcción del modelo de decisión: primero para el caso particular de las intervenciones de salud, todavía existen discrepancias acerca de lo que se considera la “efectividad” de un tratamiento médico. En este sentido, existen fuertes desacuerdos entre los profesionales de la medicina y los investigadores que impulsan el ACE: para los primeros un tratamiento es efectivo cuando se ajusta a las quejas, posibilidades y expectativas de los pacientes (es decir es una medida multidimensional que enlaza a las intervenciones con la historia y situación específica de los pacientes); y para los segundos, un tratamiento es efectivo cuando se ha comprobado que aumenta los años de vida con calidad –o disminuye los años de vida con discapacidad–, por lo que este grupo apela a una medición que se refiera más a categorías de pacientes, y

---

<sup>73</sup> Hauck, Katharina; Smith, Peter and Goddard, Maria (2004). *The economics of priority setting for health care: a literature review*. The World Bank. Health, Nutrition and Population (HNP) discussion paper.

<sup>74</sup> James, Chris; Carrin, Guy; Savedoff, William; Hanvoravongchai, Piya (2005). *Clarifying Efficiency-Equity Tradeoffs Through Explicit Criteria, With a Focus on Developing Countries*. Health Care Analysis. Vol. 13, No. 1, p.p. 33 – 51 (p. 35).

<sup>75</sup> Muchas de ellas reseñadas en Hauck *et al* (2004). Op. Cit

que sea independiente de la valoración las personas (que se refleja en el indicador de los AVISAs)<sup>76</sup>.

La segunda limitación del ACE consiste en los problemas distributivos que lleva consigo el criterio de la minimización de los AVISAs. Los supuestos sobre los que está construido tienden a privilegiar las intervenciones que favorezcan a personas de edad intermedia (como los jóvenes adultos), a las personas que en general no padecen de discapacidades funcionales en su cuerpo, y tampoco consideran las condiciones socioeconómicas de la población objetivo, por lo que al ACE le es indiferente beneficiar a pobres y a no pobres. Esto claramente establece que el criterio de costo-efectividad, al buscar la eficiencia distributiva, olvida otros valores que son igualmente importantes al momento de asignar recursos, como la equidad y la solidaridad, que tal como se ha sostenido aquí, son valores que defiende la implementación del SP.

Además, el criterio de minimización de los AVISAs está sustentado en el principio utilitarista de “el mayor beneficio para la mayor cantidad de personas”<sup>77</sup>. Si bien este principio se puede defender en términos morales diciendo que en el utilitarismo cada persona cuenta como “uno” y tiene el mismo valor que otro, también es cierto que sostiene que el máximo beneficio para la mayor cantidad de personas se justifica si éste supera o compensa las pérdidas para algunos cuantos. John Rawls ha sostenido que lo anterior viola el principio de diferencia de la justicia (y por ende los principios de justicia aquí propuestos), porque muchas veces el principio utilitarista defiende el beneficio de los grupos más aventajados si éstos son mayores que las pérdidas de los más desaventajados en la sociedad<sup>78</sup>.

---

<sup>76</sup> Biller-Andorno *et al* (2002). Op. Cit (p. 266)

<sup>77</sup> Mill, John Stuart (1861). *Utilitarianism*. Bobbs-Merill, 22<sup>nd</sup> edition. Indianapolis.

<sup>78</sup> Rawls, John (1999). Op. Cit

### 3.4. Conclusiones

La implementación del SP dejó claro dos concepciones de la igualdad en el acceso a la salud: la igualdad por bloques y la igualdad por segmentos<sup>79</sup>. A partir de estas concepciones de igualdad, se describieron los principios de justicia que van a ser parte del modelo ético de decisión:

- a) *Principio de igualdad humana*: todas las personas son iguales y su valor es intrínseco
- b) *Principio de solidaridad*: se tendrá especial consideración a las necesidades de las personas más débiles y grupos vulnerables.

El análisis realizado en este capítulo sostiene que aunque el enfoque de la Medicina Basada en Evidencia es influyente en las decisiones de distribución de recursos en salud, éste posee supuestos subyacentes en los análisis y valores que privilegian, por lo que es necesario realizar un análisis ético para identificar los valores y supuestos en los que se basa<sup>80</sup>. Este análisis identificó que existen grupos de personas que no privilegian los criterios de la MBE, pero que si se les pondera en mayor grado dentro del proceso priorización, le darían al modelo de decisión un enfoque de justicia y equidad en la distribución de recursos. Este grupo de personas son los siguientes:

- a) Grupo de ancianos
- b) Enfermos crónicos
- c) Discapacitados
- d) Pobres

Tal como lo han sostenido varios autores<sup>81</sup>, las decisiones de racionar los recursos en salud deben estar informadas por las investigaciones clínicas con relación a la efectividad

---

<sup>79</sup> Rae, Douglas *et al* (1981). Op. Cit

<sup>80</sup> Meulen y Dickenson (2002). Op. Cit (p. 235)

<sup>81</sup> Dickenson (1999). Op. Cit; Norheim (2002). Op. Cit; y Nord, Erik (1995). *The Person Trade-Off Approach to Valuing Health Care Programs*. Medical Decision Making; Vol. 15; p.p. 201-208

de los tratamientos médicos, por los resultados acerca del grado de severidad de las enfermedades que atacan a una población, y por la relación que estos resultados tienen sobre los costos en alcanzarlos. Sin embargo, también estos autores han sostenido que la información obtenida por la MBE no debe reemplazar el análisis de valores: las decisiones de priorización afectan la vida de muchas personas y por más instrumentos técnicos que se utilicen, siempre están cargadas de valor. Por tanto, esta información es necesaria pero no suficiente para hacer complicadas elecciones de paquetes básicos de salud y acceso a nuevas tecnologías<sup>82</sup>.

---

<sup>82</sup> Meulen y Dickenson (2002). Op. Cit (p. 239)

## **CAPÍTULO 4. ANÁLISIS NORMATIVO: PROPUESTA DEL MODELO ÉTICO DE DECISIÓN**

En el presente capítulo se procederá a la construcción del modelo ético de decisión, que tiene como objetivo establecer un esquema conceptual que sirva al gobierno federal para priorizar los diferentes tratamientos que va a financiar el Seguro Popular (SP).

### **4.1. Alcances del modelo ético de decisión.**

Rogeer Hoedemaekers y Wim Dekkers han descrito algunas implicaciones que tienen los modelos de decisión, ya que son instrumentos colectivos que sólo tienen en cuenta situaciones “promedio”<sup>83</sup>. Estos autores describen que por tratarse de instrumentos que se utilizan en el nivel macro de la priorización de intervenciones, su desventaja primordial es que no tienen en cuenta la situación médica específica de un paciente individual, ya que sólo permite que las decisiones se tomen desde categorías de servicios de salud y de grupos de pacientes<sup>84</sup>. Sin embargo, también es cierto que para construir un modelo de decisión completo, se tendrían que plantear todos los escenarios de posibles pacientes para poder tomar decisiones<sup>85</sup>. La tarea de elaborar distintos escenarios para varios grupos de pacientes se tiene que hacer en el nivel micro de la priorización (al interior de los centros de salud), razón que justifica el hecho de tomar solo las situaciones representativas que hacen parte de una enfermedad, para priorizarla en el nivel macro.

En cambio, la principal ventaja de los modelos éticos de decisión consiste en que permiten incluir en las decisiones, algunas consideraciones de justicia en la distribución de

---

<sup>83</sup> Hoedemaekers, Rogeer and Dekkers, Wim (2003). *Justice and Solidarity in Priority Setting in Health Care*. Health Care Analysis, Vol. 11, No. 4, p.p. 325-343. The Netherlands. (p. 330).

<sup>84</sup> Op. Cit (p. 330)

<sup>85</sup> Ibid (p. 331)

recursos. Es decir, con un modelo es posible favorecer tratamientos dirigidos a las personas discapacitadas, y ponderar positivamente los efectos negativos de los ingresos y condiciones socioeconómicas para los grupos más desaventajados de la sociedad<sup>86</sup>. Este es el principal objetivo del modelo ético de decisión propuesto, ya que pretende privilegiar el principio de la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud, a través de los principios de justicia de igualdad humana y solidaridad. Lo anterior permitirá proponer un marco de referencia para la Comisión Nacional de Bioética que pueda darle un orden al proceso deliberativo interno que tienen que desarrollar, en aras de elaborar una recomendación de priorización al Consejo de Salubridad General<sup>87</sup>.

#### **4.2. Operacionalización de los principios de justicia**

Aparte de las medidas que se usan tradicionalmente en las decisiones de distribución de recursos en salud, tales como los protocolos clínicos, los AVISAs y los análisis costo-efectividad, es necesario utilizar variables desagregadas que midan el impacto distributivo que tienen las enfermedades en diferentes grupos poblacionales. A continuación se proponen algunas variables de este tipo para hacer operacionales los principios de justicia señalados en este trabajo:

**a) Etiología:** son las causas de una enfermedad. Observando detenidamente esta variable, será posible encontrar si las causas de una enfermedad analizada están asociadas a factores como la edad, niveles de discapacidad, pobreza o marginación de un grupo de personas. Con esto se ordenarían las intervenciones de acuerdo a las variables mencionadas, dando prevalencia a las intervenciones dirigidas a los grupos sociales vulnerables.

---

<sup>86</sup> Ibid (p. 331)

<sup>87</sup> Consejo de Salubridad General (2007). Op. Cit

**b) Tasa de prevalencia:** es la proporción de la población con una enfermedad en un período determinado. Se utiliza esta tasa con el fin de descubrir qué tanto ataca la enfermedad analizada a los grupos sociales mencionados.

**c) Tasa de incidencia:** es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población durante un período determinado. Igualmente se utilizará esta medida con el propósito de descubrir cuánta incidencia tiene una enfermedad en los grupos mencionados.

**d) Tasa de mortalidad:** es el número de muertes por la causa de una enfermedad entre la población total. El objetivo es observar qué tantas muertes en los grupos mencionados ocasionan las enfermedades analizadas.

Luego de proponer la utilización de estas variables, se plantearán interrogantes acerca del grado en que las enfermedades afectan a estos grupos vulnerables. Las preguntas se hacen combinando las variables propuestas y los grupos sociales afectados:

**a) Ancianos:**

¿La enfermedad tiene altas tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad en la población mayor de edad<sup>88</sup>?

**b) Discapacitados y enfermos crónicos:**

- ¿La enfermedad se presenta debido a otras enfermedades crónicas que padece el paciente?
- ¿La enfermedad está asociada a discapacidades, o a enfermedades genéticas o hereditarias que presentan los pacientes?

**c) Pobreza y marginación**

- ¿La enfermedad tiene alta incidencia en zonas donde es difícil el acceso a un centro de salud, lo que le impide al paciente tener un tratamiento oportuno?
- ¿La enfermedad está asociada a desnutrición?

---

<sup>88</sup> Mayores de 64 años, Ley General de Salud

- ¿La enfermedad está asociada a falta de acceso a servicios públicos (agua potable, servicio de aseo, entre otros)?

### 4.3. Construcción del modelo ético de decisión

El modelo ético de decisión propuesto utilizará un marco de referencia que determina qué pasos puede seguir la Comisión Nacional de Bioética (CNB) para realizar una recomendación desde el punto de vista de la equidad y la justicia. En términos generales, el modelo está basado en criterios que agrupan cada una de las variables propuestas por la CNB<sup>89</sup> (Ver anexo A). Es decir, se agruparán dichas variables de acuerdo a los criterios que propone la MBE para la toma de decisiones en salud, las cuales serán analizadas a través de los principios de justicia propuestos: igualdad humana y solidaridad. De la misma manera, se proponen las categorías con las cuales se medirán los criterios propuestos, que se ilustran en la tabla 4.1.

**Tabla 4.1: Criterios de decisión y categorías de medición**

CRITERIO	CATEGORÍAS DE MEDICIÓN
Efectividad del Tratamiento	Efectivo, Desconocido, No Efectivo
Severidad de la enfermedad (necesidad)	Alta, Media, Baja
Costo-Efectividad	Costo-Efectivo, No Costo-Efectivo
Ancianos	Si, No
Discapacitados	Si, No
Pobres*	Si, No
En condiciones de marginación*	Si, No

Fuente: Elaboración propia

\* Estos criterios se miden de acuerdo a la clasificación de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CENEVAL).

La lógica de esta clasificación es que desde un punto de vista ético, se puedan definir categorías que permitan medir los criterios, de modo que simplifiquen el análisis de decisión. Esto se logrará en la CNB de acuerdo a la estrategia de trabajo que han propuesto

<sup>89</sup> Op. Cit

en su proceso de toma de decisión, que es el uso del método deliberativo entre diferentes actores, para llegar a los acuerdos que permitan definir los rangos de medición y ponderación de cada variable, dentro de las categorías señaladas<sup>90</sup>.

De acuerdo al análisis propuesto en el capítulo 3, se plantea el ordenamiento de los criterios de la MBE y los principios de justicia que guiarán el modelo de decisión:

**4.3.1. El criterio de efectividad:** en primer lugar, se ordenarán las enfermedades de acuerdo al grado en que cumplen sus metas ya sea de diagnosticar, rehabilitar o curar las enfermedades a las cuales están dirigidas<sup>91</sup>. Esta efectividad se tendrá que evaluar de acuerdo a los estándares clínicos para una intervención médica. La justificación por la que se ubica este criterio en primer lugar, es porque no se puede recomendar una intervención que no haya probado su eficacia médica. Entonces en el modelo de decisión se intentará recomendar los tratamientos que sean capaces de tener un impacto positivo en las personas a quienes van dirigidas.

**4.3.2. El principio de solidaridad:** tal como se mencionó en la sección 4.2., el análisis ético pone especial atención en la distribución de los beneficios de las intervenciones. Para ello se tendrán en cuenta la condición de vulnerabilidad de los grupos afectados, medidas por su grado de pobreza y marginación<sup>92</sup>, por pertenecer a grupos de adultos mayores, discapacitados y/o enfermos crónicos. Esto se propone así debido a que en el análisis de la priorización, estos grupos parten de un punto inferior en cuanto a capacidades y oportunidades con respecto a aquellos que no presentan sus condiciones, por

---

<sup>90</sup> Ibid

<sup>91</sup> Artículo 99 fracción XXIX del reglamento a la Ley General de Salud.

<sup>92</sup> De acuerdo a la clasificación de SEDESOL y CONAPO.

lo que se justifica la intervención del Estado para mitigar estas desigualdades propias de la realidad social y de la lotería natural<sup>93</sup>.

**4.3.3. El criterio de necesidad en salud:** la severidad en salud será entendida a través del indicador de los AVISAs. En este sentido, una enfermedad con más AVISAs implica un mayor peso de la enfermedad, por lo que se considera que la población en general sufre más en términos de severidad debido a ese padecimiento, y por tanto se le debe dar una mayor prioridad que a otra enfermedad con menos AVISAs.

**4.3.4. El criterio de costo-efectividad:** finalmente, una vez clasificadas las intervenciones de acuerdo a los criterios anteriores, se determinarán las intervenciones que puedan maximizar los beneficios (minimizar los AVISAs), y por ende tratar de cubrir al mayor número de personas posibles de acuerdo a las restricciones presupuestarias que presenta el SP. Se deja este criterio en último lugar debido a que el modelo de decisión no pretende privilegiar explícitamente criterios de eficiencia en la distribución de recursos (propios del análisis costo-efectividad), sino que una vez se hayan logrado asignar dichos recursos en las poblaciones donde hay más desventaja y más necesidad en salud, entonces se buscará que dichos recursos alcancen al mayor número de personas posibles.

En el diagrama 4.1 se ilustra el modelo de decisión. Como se puede observar, dicho modelo refleja los niveles de las categorías de la MBE y los principios de justicia. El modelo está dividido en cuatro partes: un filtro y tres niveles de priorización, ordenados en forma descendente. En primera instancia se considera el filtro del modelo, que es la efectividad de los tratamientos: sólo pasan al análisis de los niveles de priorización las enfermedades cuyos tratamientos hayan sido catalogados como efectivos, con el fin de tener un alto grado de certeza de que se van a lograr beneficios en los pacientes al priorizar

---

<sup>93</sup> Rawl, John (1999). Op. Cit

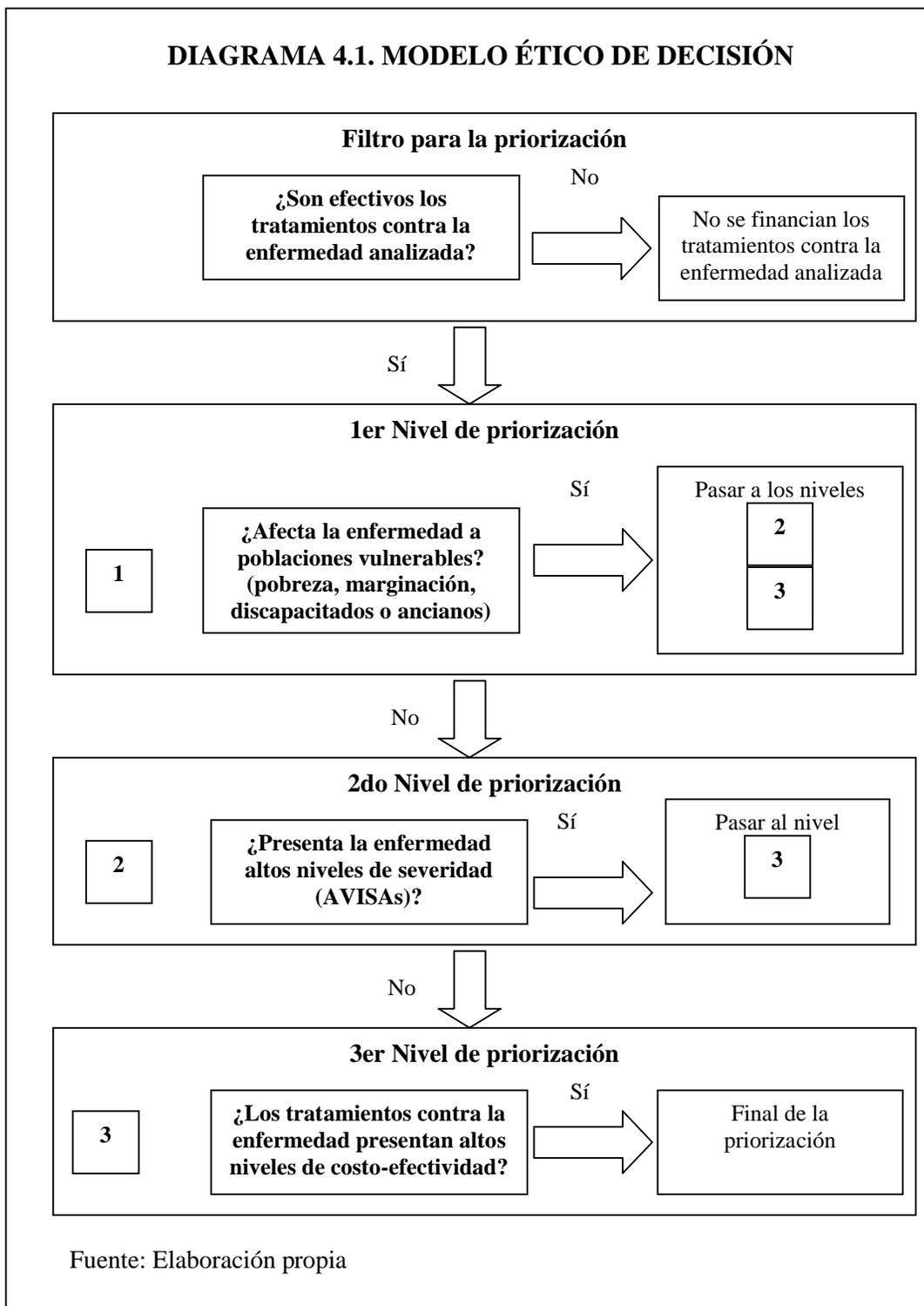
dichas intervenciones. Una vez pasado el filtro de la efectividad, se consideran los tres niveles de priorización.

El primer nivel promueve el principio de solidaridad en el modelo, donde se indaga si a quienes van dirigido los tratamientos son personas de grupos vulnerables (ancianos, enfermos crónicos o con enfermedades hereditarias, pobres y marginados). Si se cumple alguna de estas condiciones para las enfermedades estudiadas, entonces dichos padecimientos se ubican en los primeros lugares de prioridad. Con ello se está garantizando que la focalización de los tratamientos beneficie a las comunidades y grupos más desaventajados de la sociedad mexicana. Después de esto, la priorización de las enfermedades que cumplen con el principio de solidaridad se realiza cubriendo los criterios de severidad de la enfermedad y costo-efectividad (segundo y tercer nivel de priorización, respectivamente).

Al segundo nivel de priorización se llega o bien si ya se han agotado todas las opciones de enfermedades que ataquen a comunidades vulnerables, o bien cuando ninguna enfermedad cumplió con ese criterio. Este nivel intenta ordenar las enfermedades que tengan mayor severidad de la enfermedad, medida por el indicador de Años de Vida Saludable Perdidos (AVISAs). Como ya se ha señalado, en este nivel se le dará prevalencia a las enfermedades que presenten mayor cantidad de AVISAs.

Finalmente, una vez que se hayan agotado las posibilidades del segundo nivel (de igual manera ya sea porque se cubrieron todas las alternativas o porque ninguna enfermedad cumplió con este requisito), se pasa al tercer nivel de la priorización, que se basa en el criterio de costo-efectividad. Como se ha comentado, este criterio consiste en seleccionar las intervenciones más económicas y que beneficien al mayor número de personas posible. En este último nivel, la intención es lograr la eficiencia distributiva de los

recursos, una vez que se hayan cubierto los requerimientos de solidaridad y severidad en las enfermedades, dentro de la población donde se hayan focalizado los recursos.



Después del análisis expuesto, en la tabla 4.2 se presenta el ordenamiento de las intervenciones de acuerdo a la clasificación que establece el modelo ético de decisión.

**Tabla 4.2. Clasificación de las intervenciones de acuerdo al modelo ético de decisión**

No.	Ancianos y/o discapacitados*	Pobreza y/o marginación*	Severidad de la enfermedad	Costo-Efectividad
<b>Tratamientos Efectivos</b>				
1	Si	Si	Alta	Costo-Efectivo
2	Si	Si	Alta	No Costo-Efectivo
3	Si	Si	Media	Costo-Efectivo
4	Si	Si	Media	No Costo-Efectivo
5	Si	Si	Baja	Costo-Efectivo
6	Si	Si	Baja	No Costo-Efectivo
7	No	No	Alta	Costo-Efectivo
8	No	No	Alta	No Costo-Efectivo
9	No	No	Media	Costo-Efectivo
10	No	No	Media	No Costo-Efectivo
11	No	No	Baja	Costo-Efectivo
12	No	No	Baja	No Costo-Efectivo
<b>Tratamientos No Efectivos o Desconocimiento de la Efectividad</b>				
13	Si	Si	Alta	
14	Si	Si	Alta	
15	Si	Si	Media	
16	Si	Si	Media	
17	Si	Si	Baja	
18	Si	Si	Baja	
19	No	No	Alta	
20	No	No	Alta	
21	No	No	Media	
22	No	No	Media	
23	No	No	Baja	
24	No	No	Baja	

Fuente: Elaboración propia

\* Es suficiente con que se cumpla alguno de los dos criterios.

Por el hecho de que se le ha dado mayor prioridad a la forma en que se distribuyen los beneficios de las intervenciones, es decir los principios de justicia llevaron al hecho de privilegiar a los miembros más desaventajados de la sociedad, al presente modelo de decisión se le pueden encontrar consecuencias relevantes. Una consecuencia es que puede

llevar al resultado de beneficiar a menos personas de acuerdo a las restricciones presupuestarias, debido a que se escogieron las intervenciones que en primera instancia no eran las más costo-efectivas. Otra consecuencia de este modelo de decisión son los posibles problemas en la oferta de los tratamientos que se hayan priorizado. Por lo general, cuando se pretende distribuir recursos a grupos vulnerables, éstas son poblaciones pobres que viven en condiciones de marginación y alejados de los centros urbanos, por lo que surgiría la siguiente pregunta ¿existe la infraestructura médica en las zonas de prevalencia de una enfermedad que privilegie grupos vulnerables, de modo que se puedan atender los requerimientos de esta enfermedad? Entonces es muy probable que si se sigue el modelo de decisión aquí propuesto, se encuentren restricciones técnicas al momento de implementar los tratamientos escogidos.

Sin embargo, la justificación de asumir estos riesgos de beneficiar a menos personas y de encontrar problemas de implementación para los tratamientos que se vayan a financiar (lo que a su vez seguramente llevará al aumento de los costos por atender a estas poblaciones), es que en el espíritu del Seguro Popular (SP) está el beneficiar a la población más desaventajada del país en términos de salud. Es decir, los implementadores del SP sabían del gran esfuerzo que era crear un sistema público de atención a la salud paralelo al existente, y sobre todo las necesidades fiscales que eso acarrearía. Con todo, el gobierno mexicano privilegió el atacar las desigualdades que se presentaban en materia de salud en el país a sabiendas del gran costo económico y social a que esto conduciría. Es por eso que en la elaboración del modelo ético de decisión para la priorización de enfermedades de alto costo, se decidió beneficiar a menos personas, pero que éstas fueran las más desaventajadas en materia de salud del país. De igual manera, en caso de que se descubran restricciones técnicas de implementación en algún tratamiento decidido a partir del modelo propuesto, la

recomendación llevará un análisis de política pública para superar los obstáculos descubiertos.

#### **4.4. Conclusiones**

En este capítulo se construyó una propuesta de modelo ético de decisión que serviría de base para que la Comisión Nacional de Bioética pueda emitir una recomendación al Consejo de Salubridad General en cuanto a la priorización de las enfermedades de alto costo del Seguro Popular. A partir de los principios de justicia y del análisis realizado en el capítulo tres, se recomienda el uso de indicadores desagregados a nivel regional en México como la etiología de las enfermedades, y las tasas de prevalencia, incidencia y mortalidad, con el fin de encontrar el impacto distributivo de las enfermedades en distintos grupos de la población. Esto se debe hacer prestando especial atención a los grupos considerados vulnerables en la sociedad, ya que el modelo de decisión privilegia criterios de solidaridad para los distintos grupos sociales en México.

En este sentido, la elaboración del modelo ético de decisión se realizó ordenando los principios de justicia y los criterios de la Medicina Basada en Evidencia de la siguiente manera:

- a) *Criterio de efectividad:* sólo se deben recomendar los tratamientos que hayan probado su eficacia clínica.
- b) *Principio de solidaridad:* se deben priorizar en primer lugar los tratamientos contra enfermedades que sean más prevalentes en grupos considerados vulnerables.
- c) *Criterio de severidad de la enfermedad:* se deben priorizar en segundo lugar los tratamientos contra enfermedades que presenten altos niveles de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISAs).

*d) Criterio de costo-efectividad:* se deben priorizar en tercer lugar los tratamientos contra enfermedades que presentan altos niveles del índice de costo-efectividad.

Para terminar, se comenta que en el siguiente capítulo se realiza un ejercicio de priorización utilizando el modelo ético de decisión propuesto, en el cual se enfrenta el dilema de priorizar entre las intervenciones contra dos enfermedades, dadas las restricciones presupuestales. Dicho ejercicio servirá para observar de manera clara las implicaciones éticas y distributivas del modelo de decisión elaborado en este capítulo.

## **CAPÍTULO 5. PUESTA EN MARCHA DEL MODELO ÉTICO DE DECISIÓN ¿SE DEBEN FINANCIAR LOS TRATAMIENTOS CONTRA EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO O CONTRA LAS ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN?**

En el presente capítulo se pretende observar las implicaciones prácticas de la utilización del modelo ético de decisión, a través de un ejercicio en el cual se tiene que definir cuál de dos enfermedades debería financiar el Seguro Popular (SP). Las enfermedades a ser analizadas desde el punto de vista ético son las siguientes: Cáncer Cérvicouterino (CACU) y las Enfermedades Isquémicas del Corazón (EIC). La razón fundamental por la cual se propone estudiar dichas enfermedades es porque éstas presentan distintos impactos en diferentes grupos de poblaciones, por lo que su estudio constituye un buen ejemplo de los dilemas que enfrentaría el uso del modelo de decisión propuesto.

Para llevar a cabo el presente ejercicio de priorización, se definirán las siguientes condiciones:

- a) Ninguna de las dos enfermedades mencionadas se encuentra financiada por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) del SP actualmente, y
- b) Dada la restricción presupuestal, sólo se podrán escoger tratamientos para una de las dos enfermedades;
- c) No se podrán imponer copagos a las intervenciones escogidas.

A continuación, se realiza el análisis de las diferentes características que describen los tipos de enfermedades, con el fin de mostrar las implicaciones del uso del modelo de decisión.

## 5.1. Descripción general de las enfermedades a analizar

El Cáncer Cérvicouterino (CACU) es una enfermedad en la cual se descubren células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino. El cuello uterino es la abertura del útero, el órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto, y lo conecta con la vagina (canal de nacimiento). El CACU suele crecer lentamente por un período, y antes de que se encuentren células cancerosas en el cuello uterino, sus tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales (proceso conocido como displasia). Ya que en general no hay síntomas asociados con el CACU, el médico debe hacer una serie de pruebas para buscar el cáncer, las cuales intentarán encontrar las células anormales dentro del cuello uterino<sup>94</sup>.

Las Enfermedades Isquémicas del Corazón (EIC) están asociadas entre sí, y son la resultante de la incapacidad de las arterias coronarias para llevar el oxígeno necesario a un determinado territorio del músculo cardiaco, lo que dificulta su funcionamiento. Por ello, el corazón enferma debido a la mala función de las arterias coronarias<sup>95</sup>. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las EIC se dividen en las siguientes patologías:

- a) Angina de Pecho
- b) Infarto Agudo del Miocardio
- c) Infarto Subsecuente del Miocardio
- d) Otras Enfermedades Isquémicas Agudas del Corazón
- e) Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón<sup>96</sup>

---

<sup>94</sup> National Cancer Institute, Estados Unidos. Disponible en [www.cancer.gov](http://www.cancer.gov) (Revisión el 5 de mayo de 2008)

<sup>95</sup> Fundación Española del Corazón, España. Disponible en [http://www.fundaciondelcorazon.com/enfermedades\\_CardiopatiaIsquemica.htm](http://www.fundaciondelcorazon.com/enfermedades_CardiopatiaIsquemica.htm) (Revisión el 5 de mayo de 2008)

<sup>96</sup> Oliva J, Lobo F, López-Bastida J, Duque B, Osuna R (2004). *Costes no sanitarios ocasionados por las enfermedades isquémicas del corazón en España*. Cuadernos Económicos ICE, No. 67: 263-298. España

## **5.2. Análisis de la información acerca de las dos enfermedades**

Tal como se describió en el capítulo 4, los criterios fundamentales a tener en cuenta en la decisión son las siguientes:

- a) Criterio de efectividad de las intervenciones
- b) Principio de Solidaridad
- c) Criterio de Necesidad en salud
- d) Criterio de Costo-Efectividad

### **5.2.1. Criterio de efectividad de las intervenciones.**

#### **a) Cáncer Cérvicouterino**

Los tratamientos para esta enfermedad dependen de la etapa en que se encuentra, del tamaño del tumor, de la edad de la paciente, de su estado de salud general y de su deseo de tener hijos. El tratamiento del CACU puede ser postergado durante el embarazo dependiendo de la etapa en que se encuentre el cáncer y el progreso del embarazo. Se pueden recibir tratamientos estándares, cuya eficacia ya ha sido probada en pacientes que participaron en pruebas anteriores o se puede optar por participar en un ensayo clínico. No todas las pacientes se curan con la terapia estándar y algunos tratamientos estándar podrían tener más efectos secundarios de los deseados. Por estas razones, los ensayos clínicos están diseñados para encontrar mejores maneras de tratar a las pacientes con cáncer y se basan en la información más actualizada<sup>97</sup>.

De acuerdo a lo anterior, la efectividad de estos tratamientos varía de acuerdo al grado de desarrollo de la enfermedad, y algunos consisten en diagnosticar, paliar o aumentar la sobrevivencia de las pacientes a quienes se dirigen. Por tanto, se puede decir que en

---

<sup>97</sup> National Cancer Institute (2008). Op. Cit. Disponible en [www.cancer.gov](http://www.cancer.gov) (Revisión el 5 de mayo de 2008)

términos generales los tratamientos contra el CACU son efectivos. En el Anexo B se presenta de manera descriptiva los diferentes procedimientos clínicos para atender el CACU.

### **b) Enfermedades Isquémicas del Corazón**

Si bien los tratamientos a aplicar varían de acuerdo al tipo de enfermedad a considerar, existen algunas terapias que pueden ser comunes a todas las enfermedades. También en el Anexo B se presentan dichos tratamientos en términos generales. Por tratarse de enfermedades que presentan síntomas diferentes, la efectividad de cada tratamiento varía de acuerdo a la etapa o severidad del padecimiento isquémico del corazón. Entonces, se puede también decir que en general los tratamientos asociados a las enfermedades isquémicas del corazón resultan efectivos, si éstos se aplican a tiempo al paciente.

A continuación se presenta la tabla 5.1, que resume los criterios de efectividad de las intervenciones asociadas a las enfermedades estudiadas:

**Tabla 5.1. Resumen del criterio de efectividad**

<b>Pregunta</b>	<b>CACU</b>	<b>EIC</b>
¿Los tratamientos contra la enfermedad analizada, tienen el suficiente grado de efectividad para ser aplicada a los pacientes?	Sí	Sí

Fuente: Elaboración propia

### **5.2.2. Análisis distributivo de las enfermedades: insumos para el principio de solidaridad.**

En este apartado se describirá la distribución de las enfermedades analizadas entre los distintos grupos sociales de la República Mexicana, a través de un análisis comparativo que utiliza distintos datos y conceptos que ha propuesto la Secretaría de Salud para el análisis

de la mortalidad en distintas enfermedades. En general, la escasez de datos en cuanto a tasas de prevalencia e incidencia de estas enfermedades limitaron el análisis, por lo que sólo se hace uso de las tasas de mortalidad.

#### a) Tasas de mortalidad general en México

La tabla 5.2 muestra las tasas de mortalidad general tanto para el CACU como para las EIC. Se observa que las EIC presentan mayores tasas de mortalidad en la población que el CACU, desde una relación de 5.2:1 en el año 2000 entre hombres con EIC y mujeres con CACU, hasta 7:1 en el mismo grupo en el año 2005. La relación para las mismas enfermedades, pero ahora entre mujeres, va desde 4.3:1 en el 2000 hasta 5.5:1 en el 2005. Se puede inferir entonces que los casos de muerte que producen las EIC son entre 5 y 7 veces las muertes que producen el CACU para la población mexicana. Además, se nota una tendencia a la baja en la tasa de mortalidad por el CACU, mientras que una tendencia a la alza en las tasas de mortalidad en las EIC.

**Tabla 5.2. Tasas de mortalidad en México**

Año	Cáncer Cérvicouterino	Enfermedades Isquémicas del Corazón	
	Mujeres*	Hombres <sup>+</sup>	Mujeres*
2000	9.1	47.6	39.4
2001	8.8	49.3	39.9
2002	8.4	51.9	41.8
2003	8.3	54.0	43.5
2004	8.0	53.4	42.4
2005	8.0	56.1	43.9

Fuente: Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud<sup>98</sup> (2006)

\* Tasa por cada 100.000 mujeres

<sup>+</sup> Tasa por cada 100.000 hombres

<sup>98</sup> Secretaría de Salud (2006). *La mortalidad en México 2000 – 2004. Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias*. México

Sin embargo, en un estudio de la Secretaría de Salud<sup>99</sup>, se muestran datos interesantes con relación a las tasas de mortalidad presentadas. Dicho estudio utiliza el concepto de “muertes evitables”, que se definen como aquellas muertes innecesarias y prematuras que no deberían ocurrir si se tiene acceso a servicios de salud de adecuada calidad, dados los avances del conocimiento médico<sup>100</sup>. En este sentido, el estudio muestra a nivel regional las principales causas de la mortalidad en México, y qué porcentajes de esas muertes se consideran evitables.

Para las enfermedades analizadas en este capítulo, la tabla 5.3 muestra los resultados que el estudio mencionado presenta en cuanto a la distribución de muertes debido al CACU y a las EIC que se consideran evitables. Se observa que si bien durante el período 2000-2004 el número de muertes por causa de las EIC son casi 11 veces las muertes ocasionadas por el CACU, la distribución de muertes que se pudo evitar por causa de ésta última enfermedad es del 81.1% de las muertes, en comparación con el 48.3% de muertes que se pudieron evitar por causa de las EIC. Lo anterior muestra el hecho de que en general las mujeres que padecen el CACU tienen dificultades para acceder a los tratamientos contra esta enfermedad, por lo que existen desigualdades en cuanto a la distribución de las muertes evitables por estas dos enfermedades.

**Tabla 5.3 Muertes que se consideran evitables en México, 2000-2004**

<b>Enfermedad</b>	<b>Evitable</b>	<b>No evitable</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje considerado evitable</b>
Cáncer cérvicouterino	17,835	4,162	21,997	81.1
Enfermedades Isquémicas del Corazón	114,908	123,196	238,104	48.3

Fuente: Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud (2006)

<sup>99</sup> Op. Cit

<sup>100</sup> Op. Cit.

De este total de muertes evitables, la Secretaría de Salud también utiliza el concepto de “muertes evitables en exceso”, que consisten en la proporción de aquellas muertes evitables que se pueden eliminar, ya que se considera que ninguna sociedad en el mundo está libre de muertes evitables<sup>101</sup>. De acuerdo a esta definición, la tabla 5.4 muestra que nivel nacional la proporción de muertes evitables en exceso para las EIC son 50.5%, en cambio para el CACU el mismo porcentaje es de 46.4%.

**Tabla 5.4. Muertes observadas y muertes evitables en exceso por tipo de causa de muerte evitable. México 2000-2004**

Enfermedad	Total	Muertes evitables en exceso	Porcentaje evitable en exceso
Cáncer Cérvicouterino	17,835	8,270	46.4
Enfermedades Isquémicas del Corazón	114,908	57,980	50.5

Fuente: Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud (2006)

#### **b) Distribución de las muertes por CACU y EIC en México**

Una vez identificados los impactos globales que tienen las enfermedades analizadas en la población mexicana, es necesario analizar el impacto de dichas enfermedades en las diferentes regiones y poblaciones de la República. Este análisis se hará con el fin de observar si existe algún grado de asociación de las enfermedades con condiciones de vulnerabilidad de las poblaciones que las padecen. En el Anexo C se presenta la distribución de la proporción de muertes evitables en exceso entre los diferentes estados de la República, junto con indicadores que miden el grado de vulnerabilidad de la población: Índice de Marginación e Índice de Rezago Social. En el Anexo D se desarrolla una explicación general de los indicadores que hacen parte de la construcción de los mencionados índices.

<sup>101</sup> Ibid

Del análisis de los índices presentados, se obtienen algunos resultados interesantes: existe una correlación positiva entre las muertes evitables en exceso por CACU y los índices sociales que miden la vulnerabilidad de las poblaciones (Marginación y Rezago Social), lo que sugiere que a mayor índice de Marginación y de Rezago Social, mayores serán las muertes en exceso por CACU. En la tabla 5.5 se muestran los resultados de las correlaciones para las entidades federativas en México.

**Tabla 5.5. Correlación en el Porcentaje de muertes en exceso por CACU con los Índices de Marginación y de Rezago Social entre los Estados, 2005**

	<b>Índice de marginación</b>	<b>Índice de Rezago Social</b>
Porcentaje de muertes en exceso por Cáncer Cérvicouterino	0.4348	0.4487

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría de Salud (2006), Consejo Nacional de Población<sup>102</sup> (2007) (CONAPO) y Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social<sup>103</sup> (2007) (CENEVAL)

En cambio, si se analizan las correlaciones entre las muertes evitables en exceso por las EIC y los índices sociales de vulnerabilidad, se encuentra que éstas presentan resultados negativos, lo que podría ser indicio de que a medida en que disminuyen los índices de desventaja social, tienden a aumentar las muertes evitables por EIC en México. La tabla 5.6 muestra dichos resultados.

<sup>102</sup> Consejo Nacional de Población (2007). *Índice de Marginación a nivel localidad*. México.

<sup>103</sup> Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2007). *Mapas de Pobreza en México*. México

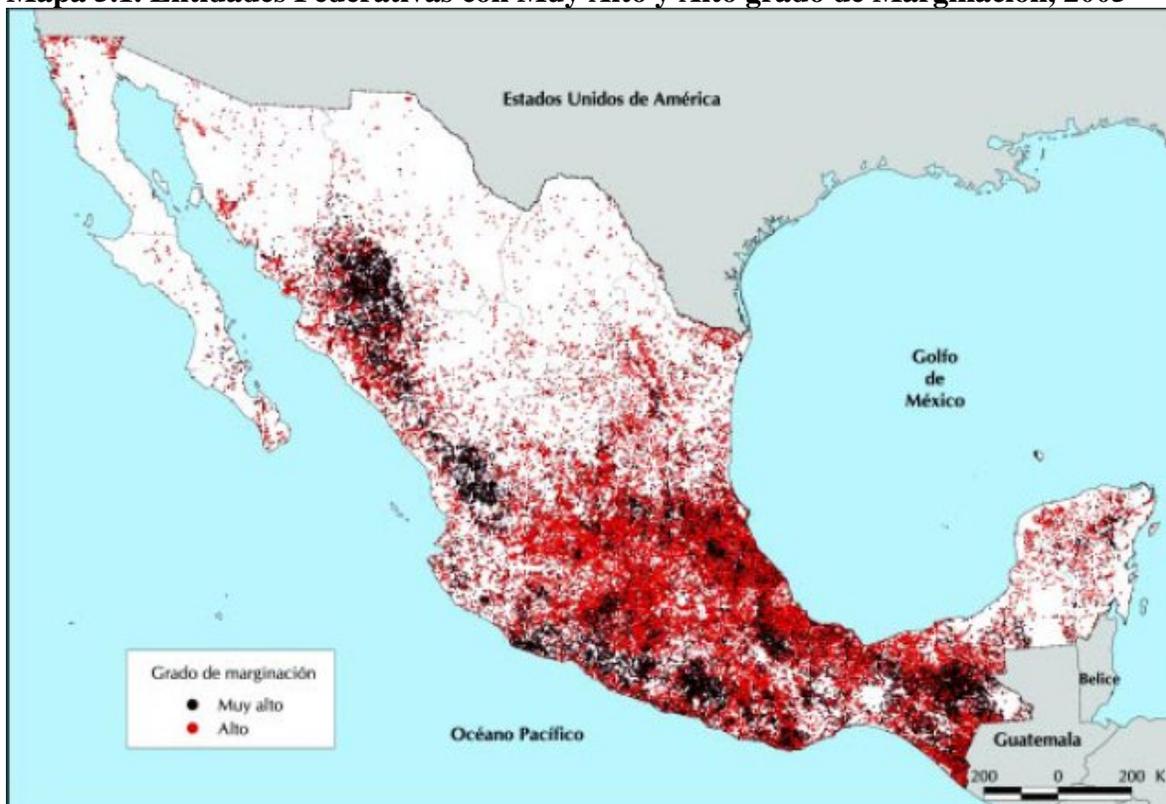
**Tabla 5.6. Correlación en el Porcentaje de muertes en exceso por CACU con los Índices de Marginación y de Rezago Social entre los Estados, 2005**

	<b>Índice de marginación</b>	<b>Índice de Rezago Social</b>
Porcentaje de muertes en exceso por Enfermedades Isquémicas del Corazón	- 0.6157	- 0.6304

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría de Salud (2006), CONAPO (2007) y CENEVAL (2007)

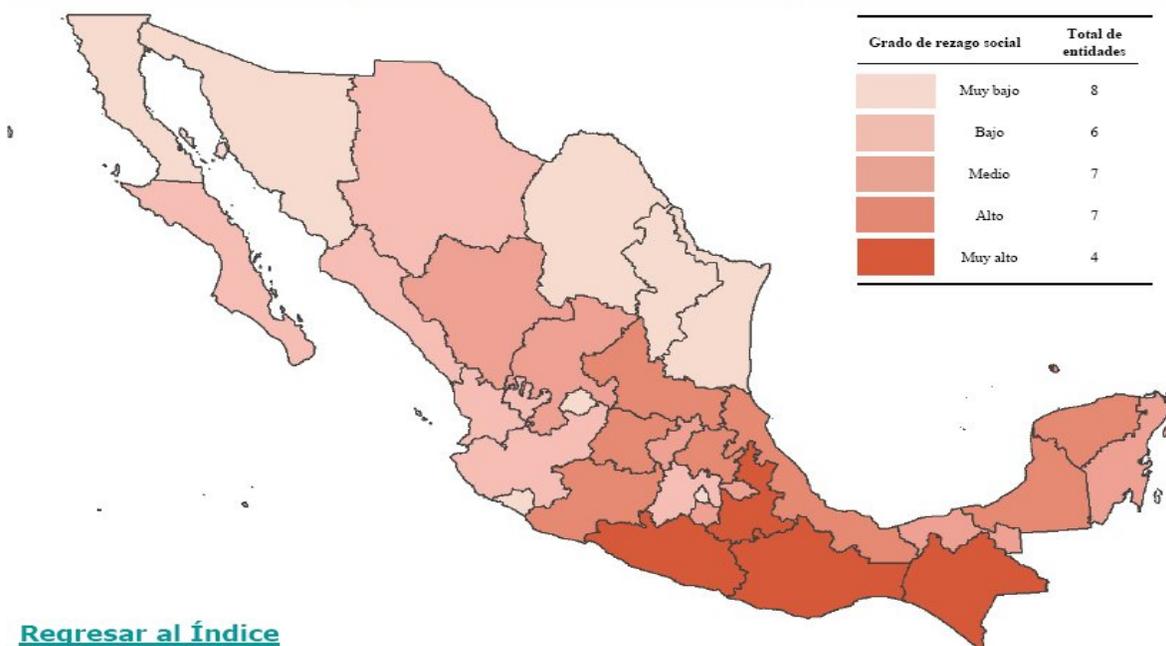
Las correlaciones anteriores son confirmadas por los mapas de incidencia regional de las enfermedades analizadas. Los mapas 5.1 y 5.2 muestran los niveles de Marginación y Rezago Social, respectivamente, de los distintos estados en México; y los mapas 5.3 y 5.4 detallan la distribución regional de las muertes en exceso para el CACU y las EIC, respectivamente. Según dichos mapas, se observa que el CACU tiene mayor número de muertes en exceso en los estados que presentan alta o muy alta marginación, y altos niveles de rezago social. Esta situación no se observa para las EIC, que fundamentalmente se concentran en los estados con baja marginación y con bajo rezago social.

**Mapa 5.1. Entidades Federativas con Muy Alto y Alto grado de Marginación, 2005**



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en los resultados del XII Censo General de Población y Vivienda, 2005

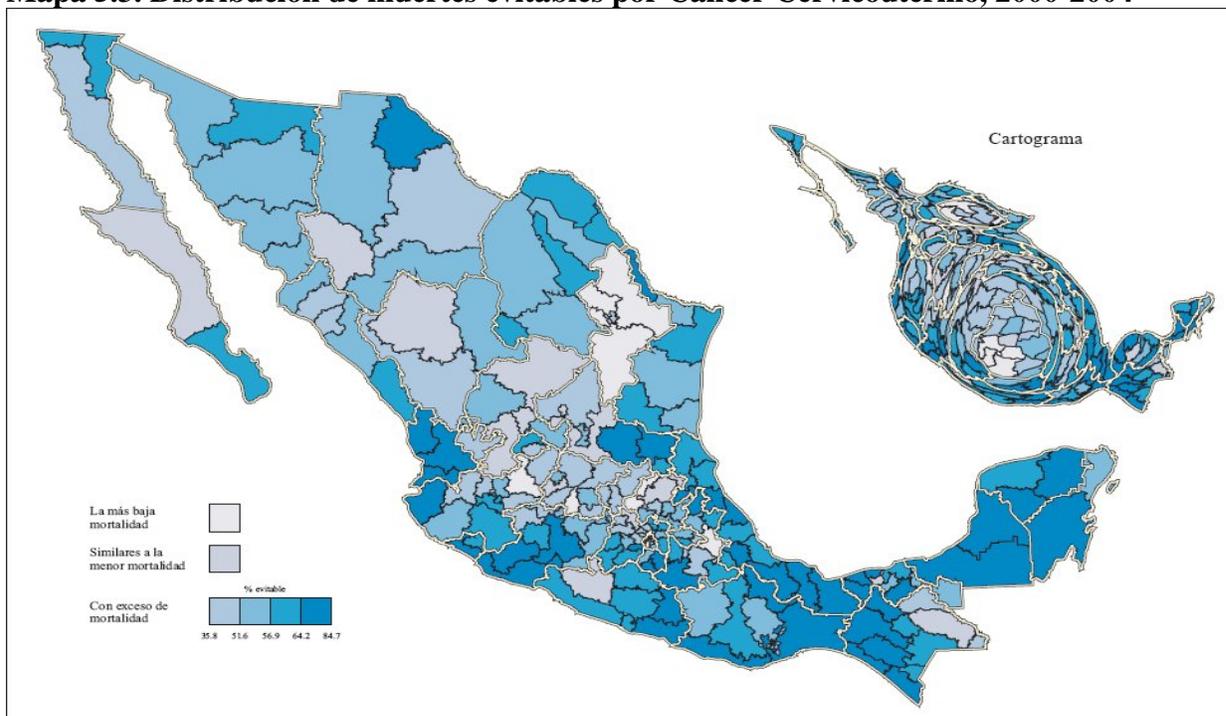
**Mapa 5.2. Grado de rezago social estatal, 2005**



[Regresar al Índice](#)

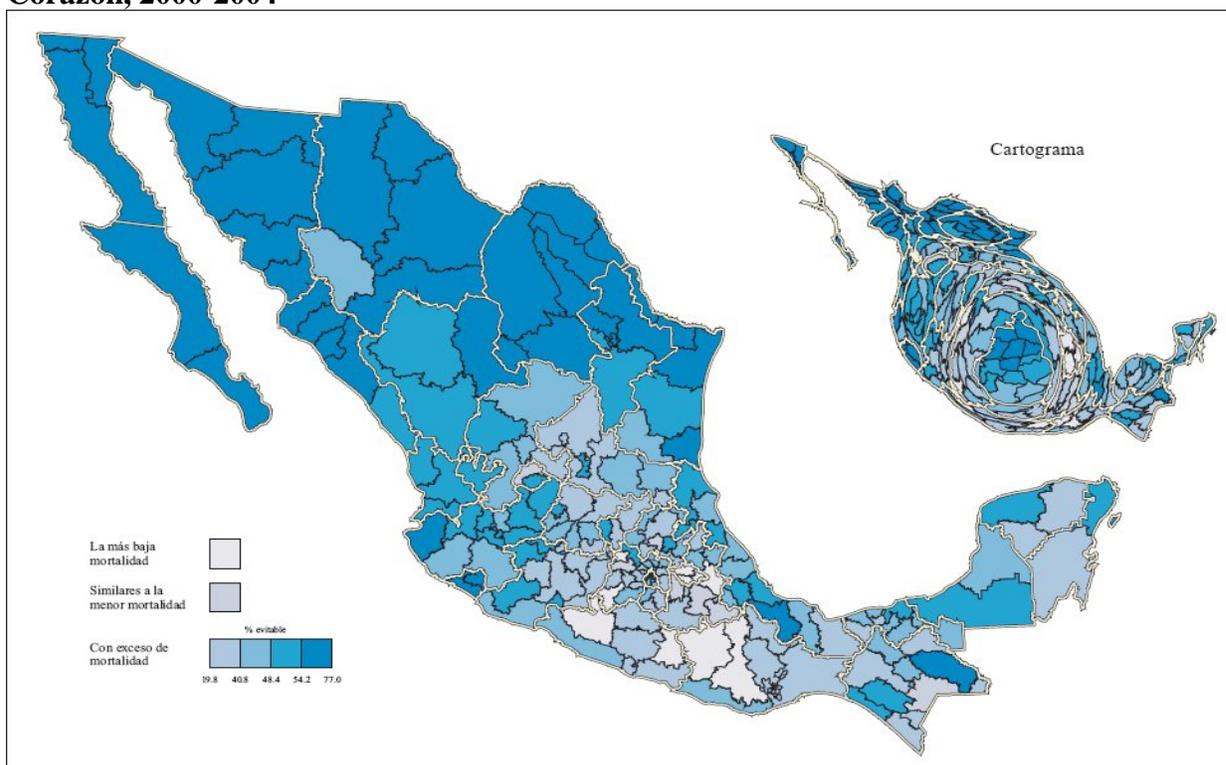
Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005 y la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2005.

**Mapa 5.3. Distribución de muertes evitables por Cáncer Cérvicouterino, 2000-2004**



Fuente: Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud (2006)

**Mapa 5.4. Distribución de muertes evitables por Enfermedades Isquémicas del Corazón, 2000-2004**



Fuente: Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud (2006)

Del análisis anterior, se observa que hay una asociación positiva entre el grado de vulnerabilidad de determinados grupos que viven en zonas marginadas y con rezago social, y las muertes en exceso por CACU. Sin bien estas no son proposiciones que afirmen causalidad entre vulnerabilidad y CACU, sí es importante tener en cuenta la incidencia de las enfermedades en los grupos desaventajados, ya que el principio de solidaridad del modelo de decisión afirma que se deben tener en cuenta las intervenciones que favorezcan a los grupos sociales más desfavorecidos. Además de esto, los hallazgos aquí presentados para el caso mexicano van en concordancia con algunos estudios que tienen que ver con la pobreza y la incidencia del CACU a nivel internacional.

Un estudio desarrollado por el Centro Médico del Hospital Infantil de Cincinnati ha encontrado que las mujeres jóvenes y pobres son dos veces más propensas a ser infectadas por algún tipo del Virus del Papiloma Humano (VPH), que otras cuyos ingresos están por encima de la línea de pobreza (dos o tres veces por encima), en los Estados Unidos. El VPH es el principal causante del CACU, por lo que es la infección transmitida sexualmente más común que ponen a las mujeres en alto riesgo de desarrollar CACU<sup>104</sup>.

De acuerdo a lo presentado hasta ahora, la tabla 5.7 ilustra el resumen del impacto distributivo que tienen las enfermedades estudiadas. El resultado es que hay una asociación entre el grado de desventaja social de ciertas poblaciones y las muertes en exceso por CACU. Esto es un aspecto muy importante a tener en cuenta para el modelo de decisión, ya que el principio de solidaridad diría según las evidencias mostradas, que se debe ponderar con mayor grado a los tratamientos contra el CACU.

---

104 Kahn JA, Lan D, Kahn RS (2007). *Sociodemographic factors associated with high-risk human papillomavirus infection*. *Obstetrics and Gynecology*; Vol. 110; p.p. 87-102.

**Tabla 5.7. Resumen principio de solidaridad.**

<b>Pregunta</b>	<b>CACU</b>	<b>EIC</b>
¿Están asociadas las enfermedades a condiciones de pobreza, marginación o discapacidad en las personas?	Sí	No necesariamente

Fuente: Elaboración propia

### **5.2.3. Criterio de necesidad en salud.**

Básicamente la necesidad en salud se mide por los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISAs). En este sentido, los AVISAs para las enfermedades analizadas se presentan en la tabla 5.8. El mencionado indicador muestra claramente que las EIC tienen mayores necesidades en salud que los CACU (una razón EIC:CACU de 6.5 :1), lo que es congruente con las diferencias en las tasas de mortalidad.

**Tabla 5.8. Años de Vida Saludable Perdidos por causa del CACU y las EIC, 2005.**

<b>Cáncer Cérvicouterino</b>	<b>Enfermedades Isquémicas del Corazón</b>
74,025	482,112

Fuente: Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud (2007)

### **5.2.4. Diferencia de elección entre el enfoque de la Medicina Basada en Evidencia (MBE) y el Modelo Ético de Decisión.**

El criterio de costo-efectividad no se puede analizar en este ejercicio, debido a la insuficiencia de información para las EIC. De acuerdo a toda la información presentada, surge la siguiente pregunta: ¿cuál enfermedad debería ser financiada por el Seguro Popular de acuerdo a los criterios de la Medicina Basada en Evidencia (MBE), y de acuerdo al modelo de decisión presentado en este trabajo? Debido a que en el criterio de efectividad de las intervenciones ambas enfermedades se encuentran en “igualdad de condiciones”, el

criterio fundamental para decidir de acuerdo a la MBE es el criterio de necesidad, ya que le es indiferente el impacto distributivo de las enfermedades en una sociedad.

De acuerdo a este criterio, el SP tendría que financiar las EIC, porque son las que presentan más AVISAs con relación al CACU. En cambio, de acuerdo al Modelo Ético de Decisión construido en este trabajo, se tendría que financiar el CACU, porque presenta mayor prevalencia en zonas de alta marginación y más rezagadas socialmente en México. En la tabla 5.9 se presenta el resumen de la comparación de elección, de acuerdo al enfoque de la MBE y al Modelo Ético de Decisión.

**Tabla 5.9. Diferencia de decisión entre el enfoque del MBE y el Modelo ético de Decisión**

<b>Criterio</b>	<b>Enfoque MBE</b>	<b>Modelo Ético de Decisión</b>
<b>Efectividad:</b> Las intervenciones contra las enfermedades analizadas presentan alto grado de efectividad	CACU = EIC	CACU = EIC
<b>Solidaridad:</b> el CACU afecta más a grupos que son vulnerables y que están en desventaja socioeconómica que las EIC	CACU = EIC.	CACU > EIC
<b>Necesidad:</b> las EIC presentan más AVISAs que el CACU	EIC > CACU	CACU > EIC
<b>Decisión Final</b>	<b>Financiar las EIC</b>	<b>Financiar el CACU</b>

Fuente: Elaboración propia

### **5.3. Conclusiones: Implicaciones éticas de la financiación del CACU de acuerdo al modelo ético de decisión, en detrimento de las EIC.**

En el capítulo 4 se comentó que una de las consecuencias esperadas de la utilización del modelo ético de decisión es que se tenderán a financiar tratamientos contra enfermedades que tienen alta prevalencia en zonas marginadas y en los grupos sociales más

desaventajados del país. También se dijo que el privilegiar este criterio podría ir en contra del principio de eficiencia en la distribución de recursos, entendida ésta como beneficiar al mayor número de personas posibles. El financiar el CACU trae como resultado este dilema, debido a que se estaría dejando de atender enfermedades que presentan altas tasas de mortalidad y tiene casi 6.5 veces el número de Años de Vida Saludables Perdidos que la enfermedad a financiar. Entonces, ¿cómo se justifica moralmente el hecho de financiar el CACU, que beneficiaría a menos personas, en lugar de padecimientos tan prevalentes en México como son las EIC?

El primer argumento a favor de financiar el CACU y no las EIC consisten en los valores que el mismo espíritu del SP intenta defender. El SP fue pensado para cubrir a los no derechohabientes de la seguridad social, que en general son las personas que no hacen parte del sector formal de la economía. Estas personas por lo general son los que se empobrecían debido a su alto gasto de bolsillo por los servicios de salud, por lo que existen grandes desigualdades en México en términos de aseguramiento en la salud. Entonces el SP se implementa para atacar estas desigualdades en el acceso y en el financiamiento a la salud, con el fin de la sociedad mexicana disponga de “mínimos” indispensables en materia de seguridad social para toda la población.

El segundo argumento a favor del CACU consiste en analizar la etiología y los antecedentes patológicos de las EIC. Estas enfermedades por lo general no aparecen solas, sino que son consecuencia de otras patologías que padecen los pacientes antes de contraer las EIC. Según los protocolos clínicos del Consejo de Salubridad General en México<sup>105</sup> y del Centro Médico de la Universidad de Pittsburgh<sup>106</sup> en Estados Unidos, existen factores

---

<sup>105</sup> Consejo de Salubridad General (2004). *Guía clínico terapéutica del infarto agudo del miocardio*. México

<sup>106</sup> University of Pittsburgh Medical Center (2008). *Enfermedades cardíacas*. Estados Unidos. Disponible en la siguiente dirección electrónica:

de riesgo que aumentan la probabilidad de contraer las EIC, tales como padecer diabetes, hipertensión arterial, o tener alto grado de colesterol en el organismo; igualmente está asociado el contraer EIC a conductas como fumar y tener una vida sedentaria. Entonces un buen punto en el cual debería enfatizar el SP es en combatir las enfermedades que generalmente anteceden a las EIC, con el fin de reducir su incidencia en la población mexicana. Igualmente, sería recomendable realizar campañas en las cuales se promueva un estilo de vida saludable, con el fin de reducir el factor de responsabilidad personal en la adquisición de las EIC.

## **CONCLUSIONES: IMPLICACIONES DE LA CONSTRUCCIÓN DEL MODELO ÉTICO DE DECISIÓN PARA LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA**

A lo largo de este trabajo se ha hecho el análisis desde el punto de vista ético para la construcción de un modelo de decisión que sirva de punto de referencia a la Comisión Nacional de Bioética (CNB), en su recomendación acerca de cuáles enfermedades y tratamientos debería financiar el Seguro Popular (SP) en el proceso de priorización. Este ejercicio se ha realizado siguiendo tres niveles de análisis ético: el descriptivo, que informó los valores sobre los cuales está fundamentado el SP en México; el conceptual, que analiza estos valores desde algunos principios éticos; y el normativo, que presenta un esquema acerca de qué se debe hacer en la decisión de priorización.

En el análisis descriptivo, se analizaron los documentos normativos y programáticos en materia de salud del Estado Mexicano, con lo cual se identificaron los valores subyacentes de la implementación del Seguro Popular. Este análisis arrojó que el SP está fundamentado en la aspiración de lograr la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud para la población mexicana, tratando desigual a los desiguales mediante los principios de solidaridad y progresividad. En el análisis conceptual, se realizó una reflexión teórica de los valores encontrados en el análisis descriptivo. A partir de aquí se propusieron los dos principios de justicia que fueron el soporte teórico del modelo (igualdad humana y solidaridad), que a su vez fueron la base para la reflexión de los criterios del enfoque de la Medicina Basada en Evidencia (efectividad, necesidad y costo-efectividad).

En el análisis normativo, se propuso el uso de algunas variables en forma desagregada a nivel regional (etiología, y tasas de mortalidad, incidencia y prevalencia),

con el fin de operacionalizar los principios de justicia propuestos en el modelo y darle el peso relativo a cada criterio del enfoque de la Medicina Basada en Evidencia. La elaboración del modelo consistió en ordenar los principios de justicia y los criterios de dicho enfoque de la siguiente manera:

- a) Sólo se tendrán en cuenta los tratamientos que hayan probado su efectividad clínica (efectividad);
- b) Primero se priorizan los tratamientos contra enfermedades que afecten a grupos vulnerables de la sociedad (solidaridad);
- c) Segundo se priorizan los tratamientos contra enfermedades que presenten altos niveles de Años de Vida Saludable Perdidos (AVISAs) (necesidad);
- d) Tercero se priorizan los tratamientos que sean costo-efectivos (costo-efectividad).

Finalmente, de manera adicional a los análisis descritos, se realizó un ejercicio hipotético en el cual el Seguro Popular tendría que financiar los tratamientos de una de dos enfermedades (Cáncer Cérvicouterino y Enfermedades Isquémicas del Corazón), en el cual se puso en marcha el modelo ético de decisión, y con ello se observaron las implicaciones éticas y distributivas de su uso. Debido a que el Cáncer Cérvicouterino presenta alta prevalencia en zonas de alta marginación y rezago social en México, el modelo ético de decisión privilegió financiar dicha enfermedad, a pesar de que su universo de beneficiarios es menor que los que padecen las Enfermedades Isquémicas del Corazón.

Según el análisis realizado en el presente trabajo, el valor fundamental que defiende la implementación del SP es alcanzar la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud para toda la población, en especial tratando de beneficiar a la población más desaventajada en términos de salud en México. Por eso el modelo de decisión construido intenta hacer prevalecer este valor en el proceso de priorización, con lo que se

hace evidente el rol del análisis ético en las políticas públicas: hacer explícitos los valores, principios y supuestos que están subyacentes en toda decisión pública. Igualmente, el modelo de decisión pone sobre la mesa lo propuesto por el modelo normativo del *Accountability for Reasonableness*, con lo que se intenta hacer más transparente e imparcial el proceso de toma de decisiones.

La importancia de que la Comisión Nacional de Bioética tenga en cuenta el presente modelo ético de decisión radica en que éste ha sido construido sobre las bases valorativas en que se encuentra implementado el SP. El análisis ético aquí realizado se ha apegado lo más posible a los principios y valores que intenta promover el SP, por lo que los principios de justicia propuestos, y por ende el modelo de decisión mismo, no han sido elaborados a partir de la ideología personal del autor, sino siguiendo a detalle el marco valorativo establecido en las leyes y documentos programáticos del Estado Mexicano. Por tanto, si bien el modelo de decisión está abierto para que sea sometido a debate público y que se puedan criticar los ejes que guiaron su construcción, su principal defensa la constituye el apego a los valores del SP, por lo que su cambio de enfoque sólo se podría realizar en el momento en que el gobierno mexicano decida cambiar la filosofía de funcionamiento del SP.

Sin embargo, es importante anotar que este modelo de decisión no pretende eliminar el enfoque de trabajo que la CNB ha dispuesto en sus documentos programáticos, que consiste entre otras cosas, en el uso del método deliberativo para la toma de decisiones. Con este método la CNB somete a debate todos los puntos de vista en juego en una decisión, para luego intentar llegar a un consenso en cuanto a las posiciones que se vayan a adoptar<sup>107</sup>. Por eso, el modelo de decisión no fue diseñado para omitir el proceso

---

<sup>107</sup> Consejo de Salubridad General (2007). Op. Cit

deliberativo, sino que su alcance es dar una propuesta con base en los principios éticos del SP para que dicho proceso pueda fluir de manera ordenada y sistemática al interior de la CNB.

De lo anterior se sostiene que la elaboración del presente modelo de decisión deja pendiente algunas tareas adicionales a realizar por parte de la CNB. A continuación se presentan algunas actividades que le tocaría desarrollar a esta entidad federal para utilizar de la mejor forma posible el presente modelo de decisión, y con ello contribuir a una gestión ordenada del proceso deliberativo que vayan a seguir:

*1 Definir claramente diferentes conceptos de salud relevantes para el proceso de priorización.* Al igual que las posiciones éticas o de justicia distributiva son diversas y conciben los procesos sociales de manera distinta y hasta contradictoria, así también lo son algunos conceptos relacionados con la salud, por lo que es importante que la CNB pueda llegar a un consenso en cuanto a su definición. Los conceptos que se tendrían que definir y acotar para evitar ambigüedades que dificulten el análisis ético serían los siguientes: (a) Salud; (b) Enfermedad; (c) Calidad de vida, (d) Efectividad de un tratamiento, entre otros conceptos bioéticos que la CNB disponga. La importancia de definir explícitamente lo anterior consiste en que los cursos de acción que se vayan a seguir en la recomendación dependerán en gran medida de la forma en que se hayan establecido los significados y ámbitos de los conceptos mencionados.

*2. Establecer ponderaciones para las diferentes variables involucradas en el análisis ético.* Si bien en el modelo se propone un estándar general para jerarquizar los criterios en la toma de decisión, es indispensable establecer la magnitud (en términos cuantitativos y/o cualitativos según sea el caso) de la importancia relativa que van a tener los diferentes

criterios que hacen parte del proceso análisis de decisión. Lo anterior equivale a determinar qué tanta importancia tiene la vulnerabilidad de los grupos afectados con relación a la severidad de una enfermedad, y qué tanta importancia tiene ésta contra lo costo-efectivo que pueda ser un tratamiento.

3. *Definir niveles de medida que permitan establecer las categorías de valores que va asumir cada variable en el análisis.* Lo anterior consiste en establecer mecanismos que permitan saber cuándo considerar que:

- a) Un tratamiento es efectivo y costo-efectivo, además de cuándo es más efectivo y/o costo-efectivo que otro.
- b) Un nivel de severidad de una enfermedad es más alto que otros niveles;
- c) Una persona o grupo de personas se encuentran en peores condiciones sociales que otras.

La consecuencia de no llegar a un consenso en cada aspecto aquí mencionado, es que se puede presentar el hecho de que se gaste tiempo y recursos en debates filosóficos, médicos y bioéticos redundantes en cuanto a estos temas, una vez que se hayan presentado avances en el proceso de priorización. Se espera que estos conflictos ocurran en el proceso deliberativo de la CNB, pero la idea es que la organización pueda llegar a acuerdos de manera oportuna. Lo anterior se recomienda con el fin de elaborar un mapa de ruta claro para el proceso deliberativo del análisis de las enfermedades y tratamientos, y con ello evitar que las discusiones se vuelvan inmanejables hasta el punto en que no se pueda emitir una recomendación concreta de priorización.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amy, Douglass (1984). *¿Why Policy Analysis and Ethics Are Incompatible?* Journal of Policy Analysis and Management, Vol. 3, No. 4, pp 573-591.
2. Anand, Sudhir and Hanson, Kara (1997). *Disability-Adjusted Life Years: A Critical Review*. Journal of Health Economics, Vol. 16, No. 6, p.p. 685-702
3. Anand, Sudhir and Hanson, Kara (1998). *DALYs: Efficiency Versus Equity*. World Development. Vol. 26, No. 2, p.p. 307 – 310. Great Britain.
4. Arnesen, Trude and Nord, Erik (1999). *The Value of DALY Life: Problems with Ethics and Validity of Disability Adjusted Life Years*. British Medical Journal. Vol. 319, No. 7222, p.p. 1423 – 1425
5. Biller-Andorno, Nikola; Lie, Reidar; Meulen, Ruud Ter (2002). *Evidence-Based Medicine as an Instrument for Rational Health Policy*. Health Care Analysis, Vol. 10, p.p 261-275. The Netherlands.
6. Brock, Dan (2002). *Health Resource Allocation for Vulnerable Populations*, en Danis, Marion; Clancy, Carolyn; Churchill, Larry. Ethical Dimensions of Health Policy. Oxford University Press. 2002.
7. Brown, Peter (1986). *Ethics and Education for the Public Service in a Liberal State*. Journal of Policy Analysis and Management, Vol. 6, No. 1, pp. 56-68
8. Cooper, Terry (1998). *The Responsible Administrator. An Approach to Ethics for the Administrative Role*. Forth Edition. Jossey-Bass. USA
9. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2007). *Mapas de Pobreza en México*. México

10. Consejo Nacional de Población (2007). *Índice de Marginación a Nivel Localidad*. México.
11. Consejo de Salubridad General (2004). *Guía Clínico Terapéutica del Infarto Agudo del Miocardio*. México.
12. Consejo de Salubridad General (2007). *Manual del Modelo para la Priorización de las Intervenciones de Alto Costo del Seguro Popular*. México
13. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
14. Cruz, Carlos; Luna, Gabriela; Morales, Raquel; Coello, Carlos (2006). *Gasto Catastrófico en Salud y Elasticidades Ingreso por Tipo de Gasto en Servicios de Salud en México*. Revista Bienestar y Política Social, Vol. 2, No. 1, p.p. 51-73. México
15. Daniels, Norman (1981). *Health Care Needs and Distributive Justice*. Philosophy and Public Affairs, Vol. 10, No. 2, p.p. 146-179. USA
16. Daniels, Norman and Sabin, James (2001). *Setting Limits Fairly. ¿How Can We Learn to Share Medical Resources?* Oxford University Press
17. Dickenson, Donna and Vineis, Paolo (2002). *Evidence-Based Medicine and Quality of Care*. Health Care Analysis; Vol. 10; p.p. 243-259. The Netherlands.
18. Fundación Española del Corazón, España. Disponible en [http://www.fundaciondelcorazon.com/enfermedades\\_CardiopatiaIsquemica.htm](http://www.fundaciondelcorazon.com/enfermedades_CardiopatiaIsquemica.htm)  
(Revisión el 5 de mayo de 2008)
19. Halliday, R (1997). *Medical Futility and the Social Context*. Journal of Medical Ethics. Vol. 25; No. 2; p.p. 148-153.
20. Hauck, Katharina; Smith, Peter and Goddard, Maria (2004). *The Economics of Priority Setting for Health Care: a Literature Review*. The World Bank. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper.

21. Hoedemaekers, Rogeer and Dekkers, Wim (2003). *Justice and Solidarity in Priority Setting in Health Care*. Health Care Analysis, Vol. 11, No. 4, p.p. 325-343. The Netherlands.
22. James, Chris; Carrin, Guy; Savedoff, William; Hanvoravongchai, Piya (2005). *Clarifying Efficiency-Equity Tradeoffs through Explicit Criteria, with a Focus on Developing Countries*. Health Care Analysis. Vol. 13, No. 1, p.p. 33 – 51. The Netherlands.
23. Jonsen, Albert and Butler, Lewis (1975). *Public Ethics and Policy Making*. The Hastings Center Report, Vol. 5, No. 4, pp. 19-31
24. Kahn JA, Lan D, Kahn RS (2007). *Sociodemographic Factors Associated with High-Risk Human Papillomavirus Infection*. Obstetrics and Gynecology; Vol. 110; p.p. 87-102.
25. Kenny, Nuala (2004). *¿What's fair? Ethical Decision-Making in an Aging Society*. Research Report, Canadian Policy Research Networks. Canada
26. Kenny, Nuala and Giacomini, Mita (2005). *Wanted: A New Ethics Field for Health Policy Analysis*. Health Care Analysis, Vol. 13, No. 4. The Netherlands.
27. Lamm, Richard (1992). *Rationing of Health Care: Inevitable and Desirable*. University of Pennsylvania Law Review, Vol. 140, No. 5, pp. 1511-1529
28. Ley General de Salud. México
29. Liss, Per-Erik (2003). *The Significance of the Goal of Health Care for the Setting of Priorities*. Health Care Analysis, Vol. 11, No. 2, p.p. 161-169. The Netherlands.
30. Martin, Doug and Singer, Peter (2003). *A Strategy to Improve Priority-Setting in Health Care Institutions*. Health Care Analysis, Vol. 11, No. 1, pp. 59-68. The Netherlands.

31. Martin, Mike (1995). *Everyday Morality: an Introduction to Applied Ethics*. Segunda Edición. Belmont Calif: Wadsworth.
32. Merino, Mauricio (2007). *La Importancia de la Ética en el Análisis de las Políticas Públicas*. Artículo en proceso de publicación. México
33. Meulen, Ruud Ter and Dikenson, Donna (2002). *Into the Hidden World behind Evidence-Based Medicine*. Health Care Analysis, Vol. 10, p.p. 231-241. The Netherlands.
34. Mill, John Stuart (1861). *Utilitarianism*. Bobbs-Merill, 22<sup>nd</sup> edition. Indianapolis.
35. Morales, D. Gisela (2007). *Implicaciones Éticas del Proceso de Priorización de Intervenciones de Alto Costo*. Grupo de Trabajo de Valoración Ética. Comisión Nacional de Bioética. México
36. Muir Gray, J (1997). *Evidence-Based Healthcare. How to Make Health Policy and Management Decisions*. Edinburg: Churchill Livingstone.
37. Murray, Christopher. (1994). *Quantifying the Burden of Disease: the Technical Basis for Disability-Adjust Life Years*. Bulletin of the World Health Organization, No. 72, pp. 429-445.
38. ----- and Acharya, Arnab (1997). *Understanding DALYs*. Journal of Health Economics, Vol. 16, No. 6, p.p. 703-730.
39. National Cancer Institute, Estados Unidos. Disponible en [www.cancer.gov](http://www.cancer.gov) (Revisión el 5 de mayo de 2008)
40. Niessen, Louis; Grijseels, Els W. M ; Rutten, Frans F.H. (2000). *The Evidence-Based Approach in Health Policy and Health Care Delivery*. Social Science & Medicine, Vol. 51, p.p. 859-869. Elsevier
41. Nord, Erik (1995). *The Person Trade-Off Approach to Valuing Health Care Programs*. Medical Decision Making; Vol. 15; p.p. 201-208.

42. Norheim, Ole Frithjof (2002). *The Role of Evidence in Health Policy Making: a Normative Perspective*. Health Care Analysis. Vol. 10; p.p. 309-317. The Netherlands.
43. Oliva J, Lobo F, López-Bastida J, Duque B, Osuna R (2004). *Costes no Sanitarios Ocasionados por las Enfermedades Isquémicas del Corazón en España*. Cuadernos Económicos ICE, No. 67: 263-298. España.
44. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. México
45. Rae, Douglas et al (1981). *Equalities*. Harvard University Press. USA.
46. Rawls, John (1973). *Una Teoría de la Justicia*. Fondo de Cultura Económica. México
47. ----- (1974). *Some Reasons for the Maximin Criterion*. The American Economic Review, Vol. 64, No. 2, Papers and Proceedings of the Eighty-sixth Annual Meeting of the American Economic Association, p.p. 141 – 146.
48. ----- (1999). *Justicia como Equidad. Materiales para una Teoría de la Justicia*. Editorial Tecnos. España.
49. Sackett, David; Rosenberg, William; Muir Gray, J; Haynes, R Brian; Scott, W (1996). *Evidence-Based Medicine: ¿What it is and What it isn't?* British Medical Journal, Vol. 312, No. 7023, p.p. 134-136. United Kingdom.
50. Scott, John (1999). *Justice in Health: DALYtarianism, Equality of Opportunity and Health Poverty*. Documento de Trabajo No. 146. División de Economía. CIDE. México
51. Secretaría de Salud (2005). *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México
52. Secretaría de Salud (2006). *La Mortalidad en México 2000 – 2004. Muertes Evitables: Magnitud, Distribución y Tendencias*. México
53. Secretaría de Salud (2007). *Listado General de Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos*. México. Presentación Power Point.

54. University of Pittsburgh Medical Center (2008). *Enfermedades Cardíacas*. Estados Unidos. Disponible en la siguiente dirección electrónica:  
[http://www.upmc.com/healthmanagement/managingyourhealth/healthreference/diseases/?  
chunkiid=103777](http://www.upmc.com/healthmanagement/managingyourhealth/healthreference/diseases/?chunkiid=103777) (Revisión el 7 de mayo de 2008)
55. Winter, Gibson (1996). *Elements for a Social Ethic*. Macmillan. New York.

**ANEXO A. CLASIFICACIÓN DE LAS VARIABLES PROPUESTAS POR LA  
COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA PARA ANÁLISIS ÉTICO DE LA  
PRIORIZACIÓN**

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>VARIABLE</b>
<b>Clínico Epidemiológico</b>	<p><b>RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antecedentes patológicos</li> <li>2. Antecedentes no patológicos (Responsabilidad individual o social)</li> <li>3. Factores comórbidos</li> <li>4. Etiología</li> <li>5. Incapacidad producida               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ¿Leve?</li> <li>b. ¿Moderada?</li> <li>c. ¿Severa?</li> </ol> </li> </ol> <p><b>RELACIONADA CON LA INTERVENCIÓN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Nombre</li> <li>7. Resultado (Efectividad)               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ¿Curación en todos los casos?</li> <li>b. ¿Curación en algunos casos?</li> <li>c. ¿Aminorar el sufrimiento?</li> <li>d. ¿Aumento de la sobrevida?</li> </ol> </li> <li>8. Duración               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ¿Menor a 2 años?</li> <li>b. ¿2 – 5 años?</li> <li>c. ¿Más de 5 años?</li> <li>d. ¿Permanente?</li> </ol> </li> </ol>
<b>Evaluación económica</b>	<p><b>RELACIONADA CON LA INTERVENCIÓN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Demanda pública de la intervención</li> <li>10. Análisis costo-efectividad</li> </ol>
<b>Severidad de la enfermedad</b>	<p><b>RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Tasa de Prevalencia (por c/ 100.000 habs)</li> <li>12. Tasa de Incidencia (por c/ 100.000 habs)</li> <li>13. Tasa de Mortalidad (por c/ 100.000 habs)</li> <li>14. AVISAs</li> </ol>
<b>Análisis de equidad</b>	<p><b>RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15. Género afectado               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ¿Mujer?</li> <li>b. ¿Hombre?</li> <li>c. Ambos</li> </ol> </li> <li>16. Grupo étnico afectado               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ¿Indígena?</li> <li>b. ¿No indígena?</li> </ol> </li> <li>17. Condición Socioeconómica               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ¿Situación de marginación?</li> <li>b. ¿Pobreza alimentaria?</li> </ol> </li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>c. ¿Pobreza de capacidades?</li> <li>d. ¿Pobreza patrimonial?</li> </ul> <p>18. Condición sociodemográfica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. ¿Rural?</li> <li>b. ¿Urbano?</li> <li>c. ¿Migrante?</li> </ul> <p>19. Edad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. ¿Niños?</li> <li>b. ¿Jóvenes?</li> <li>c. ¿Adultos?</li> <li>d. ¿Adultos mayores?</li> </ul>
<b>Restricciones institucionales</b>	<p><b>RELACIONADA CON LA INTERVENCIÓN</b></p> <p>20. Oferta de la intervención (pública y/o privada)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Accesibilidad y/o cobertura</li> <li>b. Capacidad de respuesta</li> </ul>

Fuente: elaboración propia con base en el Manual de Priorización del Consejo de Salubridad General (2007)

## ANEXO B. TRATAMIENTOS CONTRA EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y CONTRA LAS ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN

### B.1. Cáncer Cérvicouterino

Existen tratamientos para todas las pacientes con cáncer cérvicouterino.

El médico puede extraer el cáncer empleando una de las siguientes operaciones:

**a) Conización:** consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anomalía. La conización puede emplearse para extraer un pedazo de tejido para hacer una biopsia, pero también puede utilizarse para el tratamiento del cáncer incipiente del cuello uterino.

**b) Excisión electroquirúrgica:** Otra opción es que el médico realice este procedimiento (LEEP, siglas en inglés) para extraer el tejido anormal. El LEEP usa una corriente eléctrica pasada por un aro de alambre delgado que sirve como cuchilla. También puede usarse un rayo láser como cuchilla para extraer el tejido.

**c) Histerectomía:** es una operación en la cual se extrae el útero y el cuello uterino además del cáncer. Si el útero se extrae a través de la vagina, la operación se llama histerectomía vaginal. Si se extrae mediante un corte (incisión) en el abdomen, la operación se llama histerectomía abdominal total. A veces los ovarios y las trompas de Falopio también se extraen; este procedimiento se llama salpingooforectomía bilateral. La histerectomía radical es una operación en la cual se extrae el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. También se extraen los ganglios linfáticos de la región, procedimiento que se denomina disección de los ganglios linfáticos (los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de fríjol que se encuentran por todo el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten las infecciones).

Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos, el médico puede extraer el colon inferior, el recto o la vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, el útero y la vagina. Este procedimiento se llama exenteración y raramente se necesita. A veces es necesaria la cirugía plástica para formar una vagina artificial después de esta operación.

**d) Radioterapia:** consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radiación puede provenir de una máquina fuera del cuerpo (radioterapia externa) o se puede derivar de materiales que producen radiación (radioisótopos) a través de tubos plásticos delgados que se aplican al área donde se encuentran las células cancerosas (radiación interna). La radioterapia puede emplearse sola o además de cirugía

**e) Quimioterapia:** consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas. Puede tomarse en forma de píldoras o se puede depositar en el cuerpo por medio de una aguja introducida en la vena. La quimioterapia se considera un tratamiento sistémico ya que el medicamento es introducido al torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas fuera del cuello uterino.

Fuente: Instituto Nacional del Cáncer, Estados Unidos (2008).

## **B.2. Enfermedades Isquémicas del Corazón**

**a) Medicamentos de Nitrato.** Por lo general se administra nitroglicerina durante un ataque agudo de angina. Se puede administrar como una tableta que se disuelve debajo de la lengua o como un aerosol. También hay tipos de mayor duración que se pueden usar para prevenir la angina antes que participe en una actividad que se sabe que la causa. Estos se pueden administrar como pastillas, o aplicar como parches o ungüentos.

**b) Medicamentos Adelgazadores de la Sangre.** Una dosis pequeña diaria de aspirina ha mostrado reducir el riesgo de ataque cardíaco. La warfarina (Coumadin), ticlopidina (Ticlid), y clopidogrel (Plavix) también se usan para algunos pacientes.

**c) Beta Bloqueadores, Bloqueadores del Canal de Calcio, e Inhibidores ACE.** Estos pueden ayudar a prevenir la angina, y en algunos casos, reducir el riesgo de ataque cardíaco.

**d) Medicamentos para Reducir el Colesterol.** Estos medicamentos pueden prevenir el avance de enfermedad de las arterias coronarias e incluso podrían mejorar la enfermedad de las arterias coronarias existente. Evidencia muestra que reducir el colesterol tiene un efecto positivo en la prevención de eventos de CAD.

**e) Revascularización.** Los pacientes con severas obstrucciones en las arterias coronarias se pueden beneficiar por procedimientos para mejorar el flujo sanguíneo al músculo cardíaco:

- **Intervenciones Coronarias Percutáneas (PCI):** procedimientos a base de catéter realizados mediante una pequeña punción dentro de la arteria grande en la ingle. Estas incluyen angioplastia con globo en la cual se infla un pequeño globo en una arteria coronaria para ampliarla y comprimir placa hacia afuera. En algunos casos, se coloca un *stent* de malla de cable para mantener abierta la arteria. Algunos

*stents* nuevos están cubiertos con un medicamento (*stent* eluyente de medicamentos) para prevenir estrechamiento recurrente a causa de formaciones de coágulos.

- **Injerto de Bypass en Arteria Coronaria (CABG):** realizado quirúrgicamente a través de una incisión en el pecho. Se toman segmentos de las arterias de la pared del pecho y muñeca o se cosen venas tomadas de las piernas dentro de las arterias cardíacas para redirigir el flujo sanguíneo alrededor de las obstrucciones.

Aunque las intervenciones percutáneas coronarias (PCI) han mostrado considerable crecimiento en popularidad, hace falta evidencia con respecto a la efectividad superior del tratamiento para el control inicial de la enfermedad de las arterias coronarias. En un estudio reciente que comparó el PCI más terapia médica óptima (medicamentos intensivos e intervención en el estilo de vida), versus la terapia médica sola en 2,287 pacientes con enfermedad cardíaca estable, los investigadores no encontraron diferencia considerable en los dos grupos en términos de muerte, infarto al miocardio, u otros eventos mayores relacionados con el corazón en un promedio de 4.6 años. Esto sugiere que no hay beneficio por agregar PCI a la terapia médica óptima al menos inicialmente en pacientes con enfermedad de las arterias coronarias estable.

Fuente: Centro Médico de la Universidad de Pittsburgh, Estados Unidos (2008).

**ANEXO C. DATOS SOBRE MUERTES EVITABLES E INDICADORES DE  
VULNERABILIDAD**

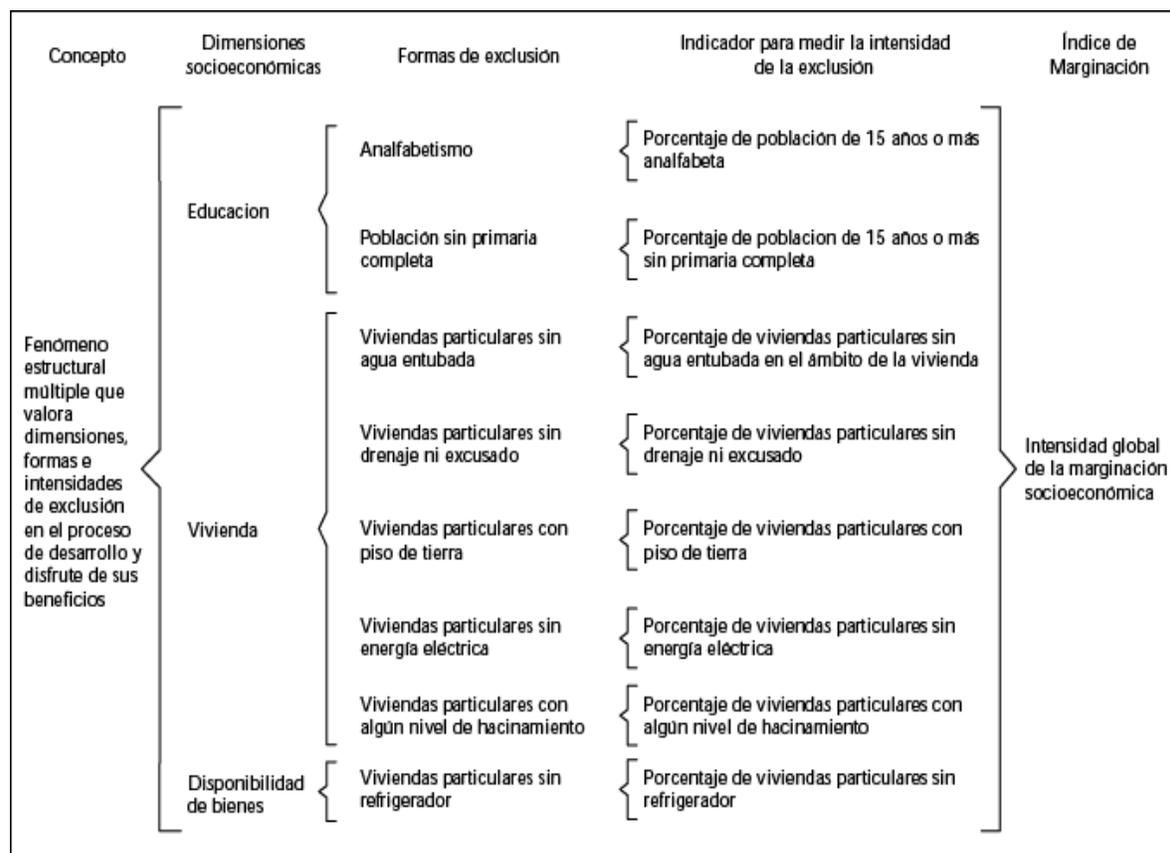
<b>Entidad Federativa</b>	<b>% de muertes evitables CACU (2000-2004)</b>	<b>% de muertes evitables EIC (2000-2004)</b>	<b>Indice de Marginación (2005)</b>	<b>Indice de rezago social (2005)</b>
Aguascalientes	34.8	41.2	-0.9584	-1.1445
Baja California	50.4	70.8	-1.2522	-0.6636
Baja California Sur	44.4	68.5	-0.7109	-0.4820
Campeche	58.5	44.4	0.5699	0.3249
Coahuila	51.1	66.7	-1.1408	-1.2506
Colima	60.9	58.6	-0.7328	-0.7570
Chiapas	66.4	35.6	2.3194	2.5481
Chihuahua	49.2	71.1	-0.6835	-0.6064
Distrito Federal	26.8	55.3	-1.5048	-1.3965
Durango	35.7	53.7	-0.0182	-0.2412
Guanajuato	30.4	42.9	0.0960	0.1622
Guerrero	53.2	24.8	2.4116	2.4361
Hidalgo	29	33.7	0.7504	0.5928
Jalisco	40	51.1	-0.7707	-0.5984
México	40.4	38.7	-0.6227	-0.3630
Michoacán	50.5	39	0.4603	0.6676
Morelos	58.8	34.5	-0.4415	-0.1755
Nayarit	61.9	48.1	0.1924	-0.4158
Nuevo León	15	65.7	-1.3257	-1.4384
Oaxaca	58.4	17.7	2.1304	2.2039
Puebla	46	41.3	0.6374	0.9749
Querétaro	34.8	43.1	-0.1446	-0.0443
Quintana Roo	54.3	42.6	-0.3293	0.1504
San Luis Potosí	48.3	39.4	0.6606	0.3087
Sinaloa	42.6	61.1	-0.1461	-0.4536
Sonora	45.2	72.5	-0.7466	-0.8567
Tabasco	56.7	41.7	0.4599	-0.0321
Tamaulipas	48.5	62.4	-0.6847	-0.6958
Tlaxcala	47.3	0	-0.1418	0.0452
Veracruz	59.9	46.7	1.0783	0.9504
Yucatán	57.7	49.9	0.4297	0.3439
Zacatecas	21.5	41.9	0.1593	-0.0940

Fuente: Secretaría de Salud (2006), CONEVAL (2007) y CONAPO (2007)

## ANEXO D. ÍNDICES DE MARGINACIÓN Y DE REZAGO SOCIAL

### D.1. Índice de marginación

#### Esquema conceptual de la marginación en México



Fuente: Consejo Nacional de Población (2007)

### D.2. Índice de rezago social

Este índice está elaborado con base en los siguientes indicadores:

#### a) Educativos

- Porcentaje de la población de 15 años y más analfabeta
- Porcentaje de la población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela

- Porcentaje de los hogares con población de 15 a 29 años, con algún habitante con menos de 9 años de educación aprobados
- Porcentaje de la población de 15 años o más con educación básica incompleta

**b) Acceso a servicios de salud**

- Porcentaje de la población sin derechohabiencia a servicios de salud.

**c) Calidad y espacio de la vivienda**

- Porcentaje de las viviendas particulares habitadas con piso de tierra
- Promedio de ocupantes por cuarto

**d) Servicios básicos en la vivienda**

- Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de excusado o sanitario
- Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de agua entubada de la red pública
- Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de drenaje
- Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de energía eléctrica

**e) Activos en el hogar**

- Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de lavadora
- Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de refrigerador

Fuente: CONEVAL (2005)