

**MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
RVOE: 871360**

**EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL EN EL AMBITO DEL ACCESO A LA
DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS A TRAVÉS
DEL SUBSISTEMA NACIONAL DE TRASPLANTES.**

(ANÁLISIS DESCRIPTIVO)

2000 – 2010

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN ADMINSITRACIÓN PÚBLICA
P R E S E N T A:**

María del Rosario Araujo Flores

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. GLORIA LUZ ALEJANDRE RAMÍREZ

México, D. F., junio de 2012

AGRADECIMIENTOS

A la Secretaría de Salud, que me ha permitido servir a México como funcionaria pública y me ha incentivado a profesionalizar mi desempeño al darme la oportunidad cursar esta maestría, la cual, a través de la enseñanza de todos mis profesores, amplió mi visión y fortaleció mi pasión por el servicio público.

A todos los miembros de mi familia, de quienes tomé horas de convivencia, para atender mis responsabilidades académicas, pero que en todo momento mostraron solidaridad y me motivaron para llegar hasta el final del camino.

A todos aquellos que contribuyeron con su conocimiento, sus observaciones y sugerencias, para hacer posible este documento.

DEDICATORIA

A mi hermosa hija, que ha sido el motor de mi vida
Al pequeño Santiago, que me regala esperanzas todos los días
A mi madre que me enseñó el valor del trabajo
A Juan Carlos, que ha sido un excelente compañero

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| <i>INTRODUCCIÓN</i> | 1 |
| <i>1. MARCO TEÓRICO</i> | 9 |
| 1.1. <i>Estado, Gobierno y Administración pública</i> | 9 |
| 1.2. <i>La responsabilidad de un Gobierno Democrático</i> | 16 |
| 1.3. <i>Definición de justicia social y equidad</i> | 24 |
| 1.3.1. <i>Definición de justicia social</i> | 24 |
| 1.3.2. <i>Definición de equidad</i> | 28 |
| 1.4. <i>Implicación de la equidad y la justicia social en los sistemas de salud</i> | 33 |
| <i>2. MARCO JURÍDICO</i> | 37 |
| 2.1. <i>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos</i> | 37 |
| 2.2. <i>Ley General de Salud</i> | 39 |
| 2.3. <i>Políticas de Salud en México durante los sexenios panistas</i> | 45 |
| 2.3.1. <i>Antecedentes</i> | 45 |
| 2.3.2. <i>El sexenio de Vicente Fox</i> | 50 |
| 2.3.2.1. <i>Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006</i> | 50 |
| 2.3.2.2. <i>Programa Nacional de Salud 2001-2006</i> | 55 |
| 2.3.3. <i>El sexenio de Felipe Calderón</i> | 57 |
| 2.3.3.1. <i>Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012</i> | 57 |
| 2.3.3.2. <i>Programa Nacional de Salud 2007-2012</i> | 61 |
| 2.4. <i>Antecedentes de regulación en materia de trasplantes</i> | 63 |
| 2.5. <i>Lineamientos de distribución y asignación de los órganos</i> | 66 |

| | | |
|--------|---|------------|
| 2.6. | <i>Lineamientos internacionales para la donación y trasplantes.....</i> | <i>72</i> |
| 3. | <i>EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD COMO BASE DELSUBSISTEMADE TRASPLANTES.....</i> | <i>77</i> |
| 3.1. | <i>Descentralización de los servicios de salud en México</i> | <i>77</i> |
| 3.2. | <i>Descripción del Sistema Nacional de salud Mexicano</i> | <i>81</i> |
| 3.3. | <i>Organización del Sub Sistema Nacional de Trasplantes Mexicano</i> | <i>91</i> |
| 3.4. | <i>El modelo de trasplantes en Estados Unidos de Norte América y España (breve enfoque comparativo).....</i> | <i>98</i> |
| 3.4.1. | <i>El modelo de Estados Unidos de Norte América</i> | <i>99</i> |
| 3.4.2. | <i>El modelo de España</i> | <i>103</i> |
| 4. | <i>EL PROCEDIMIENTO MEXICANO DE PROCURACIÓN Y EL CONFLICTO EN LA DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN DE ÓRGANOS</i> | <i>109</i> |
| 4.1. | <i>Panorama epidemiológico</i> | <i>109</i> |
| 4.2. | <i>Descripción del proceso de donación, procuración y trasplantes.....</i> | <i>115</i> |
| 4.3. | <i>Panorama general de la problemática en donación y trasplante.....</i> | <i>120</i> |
| 4.4. | <i>Las dificultades de acceso a los trasplantes</i> | <i>122</i> |
| 4.4.1. | <i>La procuración y el problema de los costos.....</i> | <i>122</i> |
| 4.4.2. | <i>El acceso al trasplante de órganos</i> | <i>126</i> |
| 4.4.3. | <i>El conflicto en el manejo del tejido osteo-tendinoso (hueso, tendones y otros tejidos de la misma naturaleza).....</i> | <i>135</i> |
| 4.4.4. | <i>El acceso al trasplante de córnea</i> | <i>141</i> |
| | <i>CONCLUSIONES.....</i> | <i>151</i> |
| | <i>PROPUESTA</i> | <i>159</i> |

| | |
|------------------------------------|-----|
| <i>BIBLIOGRAFÍA</i> | 163 |
| <i>HEMEROGRAFÍA</i> | 164 |
| <i>CONSULTAS EN INTERNET</i> | 164 |
| <i>NORMATIVA</i> | 165 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| <i>Figura 1. Estructura del sistema Nacional de Salud Mexicano</i> _____ | 91 |
| <i>Figura 2. Representación de la Organización del Sistema Nacional de Trasplantes con sus diversos componentes y relaciones.</i> _____ | 96 |
| <i>Figura 3. Cambio epidemiológico en México y sus causas. Fuente Dr. Pablo Kuri Conferencia Academia Nacional de Medicina, 25 de mayo de 2011.</i> _____ | 111 |
| <i>Figura 4. Principales causas de muerte en mujeres en México 2005. Programa Nacional de Salud 2007-2012</i> _____ | 112 |
| <i>Figura 5. Principales causas de muerte en hombres en México 2005. Programa Nacional de Salud 2007-2012</i> _____ | 113 |
| <i>Figura 6. Incremento de las tres enfermedades más importantes. Fuente (encuesta Nacional de Salud 2007)</i> _____ | 113 |
| <i>Figura 7. Registro de receptores para trasplante de órganos 2011. Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes</i> _____ | 115 |
| <i>Figura 8. Tendencias 2007-2008 de pacientes con IRC, candidatos a trasplante y trasplantes realizados.</i> _____ | 130 |
| <i>Figura 9. Trasplante renal por estado al 1^{er} semestre del 2011. Sistema del Registro Nacional de Trasplantes.</i> _____ | 132 |
| <i>Figura 10 Actividad de trasplante renal a través de pacientes fallecidos, por unidad hospitalaria y la ubicación institucional en el sistema 2011. Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes</i> _____ | 134 |

| | |
|---|------------|
| <i>Figura 11. Trasplante corneal en México 2010. Sistema informático del Registro Nacional de Trasplantes</i> | <i>144</i> |
| <i>Figura 12. Trasplante total de córnea por estado al 1^{er}. Semestre de 2011. Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes</i> | <i>145</i> |
| <i>Figura 13. Hospitales con más trasplante corneal 2009. SIRNT</i> | <i>147</i> |
| <i>Figura 14. Hospitales con más trasplante corneal extranjero 2009. SIRNT</i> | <i>147</i> |

INTRODUCCIÓN

En México, como en otros países, la transformación demográfica en combinación con el éxito en el control de múltiples enfermedades infecciosas y los profundos cambios en el estilo de vida, han impactado de manera determinante el patrón de morbilidad (distribución de las enfermedades en la población por periodos de tiempo) y mortalidad de la población (número de fallecimientos en una población por cada 1000 habitantes en un periodo de tiempo).

Enfermedades tan frecuentes como la diabetes mellitus o la hipertensión son la causa del incremento de enfermedades relacionadas con la insuficiencia orgánica o el deterioro de la funcionalidad de los tejidos humanos que requieren de tratamientos costosos, en algunos casos ponen a las personas en riesgo de perder la vida y en todos los casos incapacitan a las personas para la vida productiva, e impactan severamente la economía de las familias y desfinancian los sistemas de atención médica.

Una nueva alternativa terapéutica son los procedimientos quirúrgicos para sustituir los órganos o tejidos no funcionales, por órganos o tejidos funcionales que son tomados de personas vivas o que han fallecido, siempre que cubran las condiciones técnicas y legales específicas para ser donadores, creando con ello un nuevo campo para los profesionales médicos, paramédicos y juristas.

La aparición de esta terapéutica, trajo consigo una diversidad de discusiones éticas, sin embargo, hoy en día, la principal preocupación está enfocada a la equidad y la justicia distributiva, es decir, la distribución y asignación de los escasos órganos o tejidos obtenidos en el sistema, con la garantía de mantener la igualdad de oportunidades de acceso al trasplante para cualquier mexicano que lo necesite,

independientemente de su adscripción a los diversos componentes del sistema de salud en México, a su condición social y económica, edad o género.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la equidad significa que las necesidades de los individuos, más allá de sus privilegios sociales, deben guiar la distribución de oportunidades para su bienestar, lo cual requiere reducir las desigualdades, con principios de justicia e imparcialidad.

Por otro lado, desde la premisa de que los sistemas de salud, para el cumplimiento de sus fines, deben tener como principio estructural “la equidad” como condición para alcanzar el acceso universal a la atención y “la integralidad de la atención”, que para los casos en los que se requiere una atención progresiva (como es el caso de los trasplantes), es un requisito para la eficacia, la satisfacción y la equidad. El sistema de atención debe procurar la satisfacción individual y social. Considerando la calidad y las formas de atención.

En México, de fondo, ya existe un problema de injusticia e inequidad, en la oportunidad de acceso a los servicios de salud de la población, debido a las condiciones estructurales del Sistema Nacional de Salud, que nació fragmentado, pero que además, en el caso de trasplantes, la fragmentación condiciona la eficacia y eficiencia para obtener órganos o tejidos suficientes para atender la demanda y que impacta en la inequidad de la distribución de los órganos y tejidos.

Es importante considerar en el análisis de la equidad y la justicia social, los efectos de la transformación de la política de salud, en el enfoque del modelo económico neoliberal que hoy rige la política nacional e internacional y que han incentivado el crecimiento del mercado de servicios privados de salud, reduciendo, al mismo tiempo, el papel del gobierno y la calidad y capacidad de resolución de los servicios de atención públicos o de seguridad social. En materia de trasplantes, esta condición, reduce las posibilidades de acceder a la terapéutica de los trasplantes a

quienes no puedan pagar los costos en el mercado privado, porque ante la insuficiente actividad de procuración de órganos o tejidos en las instituciones públicas, hay menos posibilidades de acceder al trasplante y a la recuperación de la salud.

Aunque la normatividad para la distribución y asignación de los órganos, esta inspirada en principios de equidad y justicia y se ha reformado buscando mayor eficiencia; en la práctica, hay diferencias entre las posibilidades reales que tiene un paciente asegurado o derechohabiente de las instituciones de Seguridad Social, sobre las que tiene un paciente de los servicios de salud pública para acceder al trasplante.

Con la finalidad de atender a la población no asegurada, se crea en el año 2004, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). La protección social en salud es considerada como materia de salubridad general para hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud de este sector de la población. Se trata de un instrumento de la política social del Estado Mexicano para la transferencia de subsidios por medio de intervenciones de salud y servicios médicos, con la finalidad de alcanzar la cobertura universal y para evitar el riesgo familiar del empobrecimiento por gastos en salud.

La atención a través del Seguro Popular, se da mediante paquetes de servicios básicos o quirúrgicos de mediano costo, con la aportación de recursos del Gobierno Federal, del Gobierno Estatal y de los derechohabientes. Al inicio, los trasplantes, no estaban considerados en esos paquetes quirúrgicos, debido a los gastos tan altos que generan, sin embargo, en enero de 2011, se anunció que cubriría el trasplante de córnea, porque es el trasplante más sencillo y de menor costo.

Algunos gobiernos estatales, como es el caso del Estado de Michoacán, ya han iniciado el ejercicio de esta categoría quirúrgica, con aportaciones propias y la

recuperación del recurso del Seguro Popular, sin embargo, otros gobiernos no han mostrado desinterés en invertir en trasplantes.

El Seguro Popular como política pública ha sido un logro de la administración pública de los gobiernos panistas, desafortunadamente los resultados en general del Seguro Popular, han mostrado ineficacia en el objetivo central para compensar la inequidad de la atención médica de la población y para alcanzar la universalización de los servicios de salud.

En México, hay 15,2481 pacientes inscritos en el Sistema del Registro Nacional de Trasplantes, aunque la demanda real es mucho mayor a la cifra registrada, por lo que podemos presumir que a la vuelta de algunos años, la presencia de estos pacientes representará un fuerte impacto en la economía nacional y un gasto catastrófico para muchas familias, debido a que la enfermedad es discapacitante, altera la dinámica familiar, retira a los pacientes del sistema productivo de manera permanente e implica costos de atención muy altos que son capaces de empobrecer a las familia y desfinanciar los sistemas de salud.

Ante este panorama, los sistemas de salud, tendrán que incentivar el incremento en la actividad de procuración y de trasplantes de órganos y tejidos, pero el problema principal prevalecerá si no garantizamos la equidad y la justicia social en el acceso, la distribución y la asignación de estos valiosos insumos. Bajo el enfoque de la Justicia Social y la equidad, se logra superar las desigualdades de la estructura social, en la que tradicionalmente los grupos de personas en desventaja, económica, social y política, han tenido menos oportunidades de conservar ó recuperar la salud, con el impacto nacional en el desarrollo social y económico que esto significa.

En este contexto, resulta fundamental analizar, desde la participación del Estado, la política gubernamental y la organización de la administración pública en materia

¹ Fuente: Sistema de Registro Nacional de Trasplantes (13 de octubre de 2011)

de salud, los alcances y limitaciones de las normas vigentes en trasplantes y las implicaciones de la política de salud y de la estructura del sistema nacional de atención médica, sobre el acceso, la equidad y la justicia social en el ámbito de la distribución y asignación de órganos y tejidos en el Subsistema Nacional de Trasplantes, a fin de tener elementos que permitan construir alternativas reales identificando los límites de las responsabilidades del Estado y la sociedad.

La investigación pretende analizar la problemática descrita, a través de los siguientes planteamientos:

- 1) Desde la perspectiva teórica, ¿cuáles son los alcances y limitaciones de la aplicación de la normatividad en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos de México, para garantizar la equidad y la justicia social en el acceso, la distribución y asignación de órganos y tejidos, en el funcionamiento del Subsistema Nacional de Trasplantes?
- 2) ¿En la práctica, cuáles son las implicaciones de las políticas de salud y la estructura organizacional y funcional del Sistema Nacional de atención médica, sobre el alcance de la equidad y la justicia social en el ámbito del acceso a la distribución y asignación de órganos y tejidos en el Subsistema Nacional de Trasplantes?

En ese sentido, se han propuesto dos objetivos para la presente investigación:

- 1) A partir de la conceptualización de la equidad y la justicia social, Identificar alcances y limitaciones de la normatividad que rige los procesos de distribución y asignación de los órganos y tejidos procurados para trasplante, en el funcionamiento del Subsistema Nacional de Trasplantes y la responsabilidad de la administración pública.

- 2) Identificar las implicaciones de la política nacional de salud, la estructura del Sistema de Salud y el funcionamiento del Subsistema Nacional de Trasplantes, sobre el acceso, la equidad y la justicia social en el ámbito del acceso, la distribución y asignación de órganos y tejidos, a partir de la disciplina de la administración pública.

Para abordar los planteamientos de la investigación, se ha definido como estrategia, la revisión de diversas categorías conceptuales, el análisis de documentos normativos en materia de trasplantes, procedimientos hospitalarios relacionados y la estructura organizacional y funcional del Sistema Nacional de Salud y del Subsistema de Trasplantes.

Puede observarse en el desarrollo del documento, que la investigación pone al frente el cuestionamiento a la equidad y la justicia social que se logra en los procesos de distribución y asignación de los órganos y tejidos, obtenidos a través del Subsistema Nacional de Trasplantes, exponiendo las implicaciones sociales y económicas del incremento en la demanda de trasplantes de órganos y tejidos en el país, a partir de la evolución y distribución de las enfermedades en la población mexicana.

El planteamiento de la falta de equidad y la justicia social se presenta a partir del análisis del significado de estos términos y del análisis de las políticas de salud enmarcadas en el modelo económico neoliberal, la disminución de la participación real del Estado Mexicano en la responsabilidad de la atención universal e integral de la salud, en la descripción de las debilidades del fragmentado Sistema Nacional de Salud Mexicano y la debilidad organizativa del Subsistema Nacional de Trasplantes que mantiene una baja productividad en la obtención de órganos y tejidos útiles para trasplante.

En el primer capítulo se establece el planteamiento teórico sobre la estructura y la responsabilidad del Estado, el gobierno y la administración pública , así como la

descripción de los procesos democráticos orientados a la participación activa de la sociedad más allá de la democracia electoral.

Como parte de los fundamentos teóricos, se define la justicia social y la equidad desde la posición de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la concepción teórica de John Rawls, Margaret Whitehead, Bárbara Starfield, Nivaldo Linares, Olivia López, entre otros.

Sobre los enfoques teóricos señalados, se establecen los argumentos de comparación para delimitar los alcances en el acceso, la distribución y asignación de los órganos y tejidos en la terapéutica de los trasplantes.

En el capítulo dos, se revisa la normatividad que regula la actividad de trasplantes en México y algunos lineamientos internacionales. También se analiza para los sexenios de Vicente Fox y Felipe Calderón, las políticas de salud general y específicamente las políticas de Salud en Trasplantes, con la finalidad de contextualizar las políticas gubernamentales en la materia.

En el capítulo tres se describen “las políticas mexicanas de descentralización de los servicios de salud”² que se establecieron en las últimas tres décadas del Siglo XX, para identificar a los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud y sus complejas relaciones. Posteriormente se describe la organización del Sistema Nacional de Salud mexicano, a través de sus instituciones, exponiendo los alcances y limitaciones sobre la cobertura universal e integral de la salud en general y en específico sobre el tema de trasplantes.

² El 8 de Marzo de 1984, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto por el que se descentralizan a los Estados los servicios de salud que prestaba la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia y los que proporcionaba el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el programa de Solidaridad Social con Participación Comunitaria (IMSS – Coplamar), mediante acuerdos de coordinación con los Gobiernos de las 31 Entidades Federativas y el Distrito Federal.

En el capítulo cuatro, se describe el proceso hospitalario de donación de órganos y tejidos, como la base de obtención del preciado insumo para trasplantes, también se especifica el procedimiento de acceso, distribución y asignación de los órganos y se plantean las dificultades para el acceso a los trasplantes de órganos sólidos.

Se plantea el conflicto en el manejo de tejidos de hueso y tendones que se obtiene por empresas privadas bajo el principio del altruismo, pero que a partir de su tratamiento de esterilización, se escapan a la norma de control y pueden comercializarse a precios altos, dentro y fuera del país. De igual manera se plantea la ventaja de los pacientes con poder económico para adquirir tejido corneal de importación y facilitar la recuperación de su salud.

Finalmente, se establece una crítica al sistema fragmentado de salud, que no permite la igualdad de oportunidades entre los pacientes y se plantea la necesidad de que el Estado mexicano retome su responsabilidad en la atención integral y universal de la salud de la población, atendiendo las “fallas del mercado de salud”³, que se generan con el modelo económico neoliberal.

³ El Diccionario de Economía de Zorrilla, define las fallas del mercado como las imperfecciones de un sistema de precios que impide que se asignen eficientemente los recursos, Leonardo Curzio en su obra “Para entender el Liberalismo” explica que la economía liberal se perturba entre otras cosas por las llamadas “imperfecciones del mercado” en la que se destacan los monopolios, la información privilegiada, la manipulación de los canales de distribución y la actuación fuera de la norma de ciertos actores. E. Stiglitz Explica que hay seis condiciones en las que los mercados no son eficientes en el sentido de Pareto (Fallo de la competencia o presencia de monopolios, externalidades, bienes públicos, mercados incompletos, información imperfecta, el paro y la inflación y el desequilibrio).

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Estado, gobierno y administración pública

El Estado como representación política de la sociedad, tiene diversas definiciones, según el contexto en que se sitúan los autores y aunque en la actualidad no existe un total acuerdo respecto a su connotación, sin embargo todos coinciden en la identificación de sus elementos básicos: población, territorio, gobierno que además tiene como principal atributo la soberanía (sobre el poder del Estado no puede existir otro poder derivado de otra organización social cualquiera que sea;) y el uso de la fuerza (monopolio legítimo del Estado).

Humberto Delgadillo y Lucero Espinosa, describen al Estado como la “organización jurídico-político-social que se manifiesta a través de un gran número de actividades de diverso contenido, forma y propósito”.⁴

Para este trabajo, vamos a considerar la definición de Estado del Dr. Luis Sánchez Aguesta, citado por Delgadillo y Espinosa:

...Al hablar de Estado, necesariamente tenemos que referirnos a la sociedad, puesto que aquél constituye un producto de la creación del hombre...⁵

...El Estado constituye una comunidad organizada en un territorio definido, mediante un orden jurídico, servido por un cuerpo de funcionarios y definido y garantizado por un poder jurídico, autónomo y centralizado que tiende a realizar el bien común, en el ámbito de esa comunidad...⁶

Antes de comentar algunas características del Estado dentro de un contexto histórico, vamos a referir los conceptos de gobierno y administración pública, ya que para explicarlos, siempre estarán inmersos unos en otros.

⁴ Delgadillo, Luis y Lucero, Manuel; *Compendio de derecho administrativo*, 8ª edición, México, Porrúa, 2008, p. 56

⁵ Ídem.

⁶ íbidem, p. 26

El *gobierno* se reconoce como la organización que representa el Estado para el cumplimiento de sus objetivos y metas.

Etimológicamente el término gobierno proviene de dos antiguas raíces, una griega y una latina” *Kibernan* (conducir o gobernar), para Platón y *gubernaculum* (timón o embarcación)... El timón asegura el rumbo y controla el equilibrio de la nave ⁷

El concepto de gobierno implica entender su organización, funcionamiento, su papel en la resolución de conflictos y en la toma de decisiones, y la evaluación social y la política de su desempeño.

La función del gobierno es compleja y significa: “La organización del dominio de la sociedad”⁸, es decir definir el régimen político y describir la forma en que se organiza la sociedad para ejercer el poder (ejemplo: monarquía, parlamentarismo o presidencialismo, siendo estas últimas formas que involucran dos concepciones contrarias: absolutismo y democracia).

En el marco del Estado de Derecho, el gobierno esta encargado de hacer y actualizar las leyes (poder legislativo, ejecuta los ordenamientos (a través del poder ejecutivo) e interpretar las normas para la aplicación de la justicia (poder judicial) y en virtud de estas condiciones, la legitimidad, autonomía y soberanía no por sí misma, sino en representación del conjunto.

Por otro lado, la *administración pública*, de acuerdo con Ricardo Uvalle,

Es la instancia que concreta de manera individual la universalidad del Estado en el terreno de la sociedad civil y como brazo central del mismo, plasma su acción en la sociedad a través de entes administrativos y políticos que la integran, tales como

⁷ Castelazo, José, *Administración pública : una visión de Estado*, 2ª edición, México, INAP, 2010, p. 19

⁸ Ídem, p.20

los ministerios, las secretarías de Estado y los organismos paraestatales. ... promueve la actividad económica y social para estimular el avance de las fuerzas productivas y el intercambio mercantil, asegurando de esta manera la acumulación del capital.⁹

El Estado ha tenido, en el contexto histórico, diversas formas de manifestarse, al igual que la relación de los particulares frente a él, en dónde se ha transitado desde la ausencia total de derechos individuales en los Estados Absolutistas, hasta el desarrollo de todo un sistema de protección, en el Estado Social de Derecho.

Al respecto de la relación del Estado con los particulares, podemos comentar que en la antigüedad existieron normas jurídicas que reglamentaron la organización administrativa, pero que no regulaban las relaciones entre los gobernados y el monarca, puesto que no contenían obligaciones que a éste le fueran exigibles, sino solo establecían los deberes de los gobernados, además de que su estabilidad quedaba al capricho del monarca, porque duraban tanto como él quería.

En el Estado Absolutista, “los particulares eran objeto del poder absoluto”,¹⁰ carecían derechos personales y de una relación jurídica. El Estado se manifestaba como una facultad ilimitada para preservar su existencia, “asegurando la defensa frente al exterior, la paz interior y la justicia entre los particulares, preservando los principios de: soberanía del monarca, irresponsabilidad de su actuación e idemandabilidad”¹¹

A esta forma de Estado y la manera de relacionarse con los administradores “la doctrina lo han denominado Estado Policía”; por el reconocimiento del poder ilimitado del monarca.¹²

⁹ Uvalle, Ricardo, *El gobierno en acción, la información del régimen presidencial de la administración pública*, México, Fondo de Cultura Económica, 1984, p27

¹⁰ Delgadillo, Luis y Lucero, Manuel; op. cit., not 3, p. 2

¹¹ Ídem.

¹² Ibídem, p. 3

La supresión de la libertad en el Estado Absolutista, produjo una reacción de los individuos para tratar de liberarse, Tres grandes movimientos antiabsolutistas fueron definitivos: “La Revolución Inglesa de 1688, la Independencia de los Estados Unidos de América en 1776 y la Revolución Francesa de 1789”¹³, dieron origen a la implantación del Estado de Derecho, en el que se reconocieron los derechos públicos subjetivos de los particulares frente al Estado, generando las relaciones jurídicas entre Administración y administrados.”¹⁴

En la siguiente nota tomada de Delgadillo y Lucero, se pueden apreciar desde un punto de vista jurídico, las características fundamentales del Estado de derecho.

En Europa Continental, la Revolución francesa y en particular la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, del 26 de agosto de 1789, provocó la caída del poder absolutista y sentó las bases para la implantación de nuevos principios institucionales que permitieran el desarrollo de normas jurídicas hasta entonces desconocidas.

Dos ideas fundamentales: La división de poderes, desarrollada por Montesquieu a partir de las ideas de John Locke, y el principio de legalidad, expuesto por Jean-Jacques Rousseau, transformaron la concepción del mundo al generar el reconocimiento de los derechos humanos del individuo y la organización equilibrada del poder del Estado.

El principio de la división de poderes combate el absolutismo y sirve de base a la democracia, al separar las funciones de creación de las leyes, de las de ejecución y de jurisdicción, asignando cada una de ellas a un órgano diferente, independientemente de los demás.

Dice Montesquieu que todo poder, por naturaleza, tiende a convertirse en tiránico. Por ello, la única forma de evitarlo es lograr que el poder detenga al poder”

Se plantea la posibilidad de equilibrar la fuerza de cada uno de estos órganos, que se limitarán entre sí, y de esa forma los gobernados podrán vivir en libertad, ya que

¹³ *Ibidem*, p. 5

¹⁴ *Ídem*.

ningún poder del Estado debe ser superior a los otros, porque de lo contrario no se equilibrarían ni limitarían mutuamente.

El principio de legalidad, como expresión de la voluntad general, fue sustentado por Rousseau en el hecho de que la soberanía reside en el pueblo y en ella se manifiesta a través de las leyes que consisten en la expresión de la voluntad general.

El principio de legalidad se manifiesta en el sentido de que la actividad estatal sólo puede efectuarse con la autorización que la ley le otorgue. Las libertades individuales sólo pueden ser restringidas por disposición expresa de la Ley, “Los individuos pueden hacer todo lo que nos les esté prohibido, mientras que la autoridad sólo podrá hacer lo que le esté permitido”.¹⁵

En este contexto, el “Estado de derecho es aquel en el que el poder público se encuentra sometido al derecho”¹⁶. Debe limitarse a garantizar la libertad de cada ciudadano y velar por la seguridad de los derechos públicos subjetivos de los gobernados, actuando sólo en los términos que le autorice la ley, de acuerdo con el orden jurídico, bajo un sistema de responsabilidades patrimoniales de la administración pública .

Una vez que se instauró el Estado de derecho, este ha tenido una evolución, la primera manifestación se dio a través del:

Estado liberal de derecho: Desde el punto de vista político el liberalismo constituye un sistema que tuvo como fin garantizar a la burguesía los principios del derecho natural y de la economía liberal, por esa razón, en este enfoque el Estado debería de abstenerse de cualquier intervención que afecte la libre concurrencia en el mercado, la iniciativa económica y el respeto a la ley de la oferta y la demanda (está limitado a fines primarios de seguridad interna y externa, administración de justicia, recaudación de tributos pero económicamente es un Estado no intervencionista y ha sido considerado como Estado gendarme o abstencionista .¹⁷

¹⁵ *Ibíd.*, pp. 7-8

¹⁶ *Ibíd.*, p. 9

¹⁷ *Ibíd.*, p. 11

La segunda etapa se dio con el Estado social de derecho, *en que se reconoce los derechos sociales de los ciudadanos, a fin de garantizar el bienestar y la justicia social, se caracteriza por “asumir los principios de la política económica Keynesiana (gasto público, pleno empleo, etcétera) y los de la seguridad social, como parte esencial de la provisión de una serie de servicios sociales para cubrir las necesidades humanas básicas (Educación, salud, vivienda, entre otras),”*¹⁸

De acuerdo con Delgadillo y Lucero, El Estado social de derecho corrige el individualismo mediante una actividad estatal más participativa. El Estado ya no se concentra solamente a la seguridad interior y exterior y a la impartición de justicia; deja de ser un Estado abstencionista para convertirse en uno intervencionista, puesto que asume la tarea de llevar a cabo una política económico-social, planificadora y socializante y, en consecuencia, ahora debe actuar en favor de los gobernados, especialmente para los más necesitados, a fin de alcanzar más rápidamente y en forma plena el bien común, incluso a veces en perjuicio de intereses individuales, en virtud de que ahora se trata de satisfacer un interés social o colectivo que el Estado deberá atender en favor de la colectividad.¹⁹

Sin embargo, el Estado intervencionista tiene una fuerte decadencia en los años ochenta. Hay una fuerte crítica al papel intervencionista del Estado, argumentando que es la causa de la crisis económica y fiscal de los años setenta. Con el ascenso de partidos conservadores a diferentes gobiernos del mundo y la influencia del economista Milton Friedman, que proponía un modelo económico llamado *neoliberalismo*, se inicia la etapa del Estado interventor.

La ideología económica del neoliberalismo, también llamada capitalismo corporativo o globalización corporativa, está basada en principios prácticamente opuestos a los de Keynes. La propuesta implica que el Estado no intervenga en la

¹⁸ Rives, Roberto, *La administración pública de México En su bicentenario*, México, FUNDAP-IAPEM, 2009, Colección Fundap Política y Administración pública , p 333.

¹⁹ Delgadillo, Luis y Lucero, Manuel; op. cit., not 3, p. 13

economía nacional- es decir, se propone que el control de la economía esté en manos del capital privado y ya no en manos del Estado.

Aunque las Reformas en el sistema sanitario mexicano, están claramente orientadas a este modelo económico llamado neoliberalismo, la Constitución Política de México, aún conserva los principios del Estado social de derecho y en consecuencia, en el artículo 4º, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y en el artículo 123, en la fracción XI, establece las bases mínimas de la seguridad social, como prestación de los trabajadores y de sus familias.

Bajo el enfoque del Estado de derecho, cuyo fin es el “bien común” la población puede exigir la satisfacción de una serie de necesidades de interés general o colectivo, que al Estado le corresponde atender de manera general, por medio del gobierno, a través de sus funciones (legislativa, ejecutiva y judicial)

La administración pública, como instrumento del poder ejecutivo, representa una empresa gigantesca, fundamentada en el artículo 90 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que se divide en centralizada y para estatal.

La Administración Pública Federal centralizada, de acuerdo con lo dispuesto por el párrafo segundo del artículo 1º de la Ley Orgánica de la Administración Pública federal se encuentra integrada por: La Presidencia de la República, las Secretarías de Estado, los Departamentos Administrativos y la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal. Todos estos organismos son denominados “Dependencias”.²⁰

La cobertura de las necesidades de salud, que además están establecidas como derecho constitucional, representan junto con educación y justicia, una de las responsabilidades más importantes del Estado Mexicano, que se otorgan a través del Poder Ejecutivo, en el ámbito de la administración pública. Específicamente la

²⁰ Presidencia de la República. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (DOF 15-12-2011) p.1

atención a la salud de los mexicanos, se otorga como *servicio*, mediante el órgano administrativo conocido como Secretaría de Salud.

1.2 La responsabilidad de un gobierno democrático

La transformación permanente en el contexto de la globalización, ha generado una marcada desigualdad social en el mundo actual y al interior de cada país, poniendo en condiciones de desventaja y vulnerabilidad a diversos grupos poblacionales, por lo que se hace indispensable que el Estado reasuma su papel para restablecer el equilibrio socioeconómico, mediante el ejercicio de su autoridad, y con el carácter de instancia conciliadora, democrática y tolerante.

Según Castelazo, la responsabilidad del Estado, proviene de por lo menos tres fuentes; la política, la jurídica (vinculadas con la legitimidad) y la social (vinculadas con la eficacia). El maestro Castelazo, expresa que “la responsabilidad del Estado no debe limitarse a la regulación (postura que, constituye la más original aportación del liberalismo), sino que tiene que ver con la protección de los más débiles en el capitalismo salvaje, “²¹ es decir, debe asumir la factibilidad del bienestar de su población y para lograr los fines, es necesario “consolidar la democracia en un territorio libre, donde se promueva el Estado de derecho, se garantice la seguridad para todos, el bienestar sea un bien tangible, y el desarrollo económico sea sostenible y no se atente contra la naturaleza”. ²²

Para contextualizar las ideas principales, vamos a definir los términos clave que utilizaremos a lo largo de este capítulo: democracia, bienestar legitimidad y eficacia.

²¹ Castelazo, José, op. cit., not 7, p. 4

²² *Ibidem*, p. 12

La democracia se define como la “organización de la convivencia social dentro de un territorio determinado, reconociendo y respetando la pluralidad, y garantizando las libertades e igualdades de todos frente a la Ley”²³

En este contexto, cuando hablamos de un Estado democrático, “referimos el proceso de designación del Jefe de Estado y/o de gobierno sujeta a la opinión pública, a la participación social, a las normas de actuación de los partidos políticos y de los procesos electorales, así como al mandato de la voluntad popular expresada libremente”.²⁴

El bienestar se refiere a “las condiciones de estabilidad política, económica y social, que proveen confianza para invertir, generar empleo y posibilitar el arribo a una vida digna”.²⁵

Si hablamos de legitimidad, tenemos que considerar “el carácter popular el cumplimiento de la Ley, la atención de las demandas y necesidades más sentidas de la población y de la garantía de sus libertades y aspiraciones democráticas, expresadas en los Derechos Humanos”.²⁶

En este punto es importante retomar del concepto de gobierno, como representante del Estado, y la importancia de la función pública, de la que se deriva la administración pública, porque éste es el medio para la atención de las demandas y necesidades de la población, pero requiere, también, que la sociedad y el gobierno, a través de sus tres poderes, mantengan una estrecha comunicación y cooperación permanentemente.

²³ Gürlitz, Axel, *Diccionario de Ciencia Política*. 2ª Ed., Editorial Alianza, España, 1972, p 125

²⁴ Cfr. Castelazo, José, op. cit., not 7, p. 21

²⁵ Ward, Meter, *Políticas de Bienestar social en México*, Editorial Nueva Imagen, México, 1989, pp.20-25 Referido en Castelazo, José, ibídem p. 20

²⁶ Ibídem, p.21

Es decir, la sociedad demanda la presencia de un gobierno participativo y compartido, pero a la vez, la atención eficaz de las demandas, también requiere de una sociedad plural organizada y participativa.

Por otro lado, el maestro Castelazo, nos explica que la eficacia de un gobierno, depende de varios factores:

- a) Un diseño constitucional y legal adecuado a la historia, cultura e ideosincracia de la población.
- b) Un diseño orgánico de las instituciones gubernamentales que les permita cumplir normativamente e interrelacionarse entre sí para tener una comunicación permanente y productiva con la sociedad.
- c) Integración idónea de los servidores públicos
- d) Una sociedad organizada, consciente y dispuesta a corresponsabilizarse de lo que acontezca en el ámbito público.
- e) Aplicación de un estilo de gobierno democrático (incluyente, participativo, dispuesto a compartir el poder con los distintos actores, manteniendo la cohesión del país y la paz social.²⁷

Así para gobernar se requiere la participación entre dos entes: Un sistema social organizado interrelacionado con las estructuras de un “buen gobierno”, y por otro lado, gobernantes capaces de pronosticar, actuar y responder satisfactoriamente a la confianza de ellos depositada.

José Castelazo, refiere “*gobernación*, como un término que sirve para designar la forma de cómo se gobierna un sistema político, y la refiere como la conjugación entre las virtudes de las instituciones con las con la de los gobernantes”.²⁸

De acuerdo con Castelazo, la “*gobernación eficaz* implica el respeto a los mandatos que le dan legitimidad al gobierno y la aplicación de mecanismos que permiten mejorar las condiciones de la población, la posición del país en el entorno

²⁷ Cfr. *Ibíd.*, p. 24

²⁸ Cfr. *Ibíd.*, p. 28 (las cursivas son del autor)

internacional, y la prevención de las consecuencias de aquellos problemas que emergen en la relación entre gobernantes y gobernados, pero en corresponsabilidad del gobierno con la sociedad organizada y los ciudadanos en lo particular”.²⁹

El maestro Castelazo distingue tres estrategias importantes de gobernación, que implican diferentes combinaciones del grado de participación de la sociedad y del gobierno en la generación de las políticas: *gestión gubernamental*, *governabilidad*, y *governanza* y asegura que conjugados estos elementos, incrementan la capacidad de gobernar obteniendo resultados en el marco de la Ley: ³⁰

La gestión gubernamental es una estrategia que produce “políticas gubernamentales” y en la que se da mayor participación del gobierno y menos participación de la sociedad en las cuestiones de orden público. Atiende el desahogo de las funciones del gobierno de acuerdo con sus facultades y atribuciones. Compete a los tres órdenes de gobierno y a los tres poderes públicos y trata de poner de acuerdo al gobierno con el gobierno mismo, su materia es aquella que se encuentra establecida en el marco jurídico y pretende cumplir su cometido de la manera más eficiente, honesta y eficaz y emprender procesos de mejora permanente para incrementar la confianza en las instituciones.³¹

La gobernabilidad que como estrategia produce “*políticas públicas*” y que se da a través de una participación más equilibrada de la sociedad y del gobierno (cooperación). Representa la capacidad que muestran en los hechos; Gobierno y Sociedad para actuar juntos, para diagnosticar y prevenir problemas comunes, evaluar caminos alternativos, decidir las opciones más rentables desde el punto de vista socioeconómico y político, compartir los costos y, en su caso repartirse la

²⁹ Cfr. *Ibidem*, p. 29 (las cursivas son del autor)

³⁰ Cfr. *Ídem*, p. 30 (las cursivas son mías)

³¹ Cfr. *Ibidem*, p. 31 (las comillas son mías)

tarea para llegar a los objetivos propuestos, través de la cooperación y la búsqueda del consenso en la agenda del gobierno, privilegia la comunicación.³²

La gobernanza produce “políticas ciudadanas”, e implica mayor participación de la sociedad y menor participación del gobierno. Le brinda a la sociedad, la oportunidad de estructurar políticas ciudadanas con la participación mínima del gobierno y requiere de una cultura política de participación ampliamente desarrollada.³³

El maestro Castelazo, expresa que “la gobernabilidad y las políticas públicas son las que nos ayudan a lograr el equilibrio requerido, pero dicha gobernabilidad sólo cobra realidad con la operación simultánea de la gestión gubernamental y la política ciudadana. También precisa que ante la amplia variedad de intereses de los grupos sociales, el Estado ha de asumirse como concentrador, interlocutor, exitosamente convocante a lograr acuerdos y en su caso, consensos; ser imparcial y a la vez firme, apegado a la legalidad”.³⁴

Por otro lado, es importante destacar la diferencia teórico - conceptual del Dr. Castelazo sobre la “gobernanza” como la condición de participación amplia de la sociedad y mínima del gobierno, en contraste con la postura del Doctor Luis F. Aguilar Villanueva, que refiere un enfoque de la gobernación-gobernanza, que se destaca por una “posición equidistante del gobierno jerárquico, del mercado y del solidarismo social, bajo el principio de un gobierno más asociativo y coordinador que permite (re)establecer la valía y capacidad de los actores sociales, en tanto que nos lleva a (re)descubrir o reivindicar agentes con capacidad relativa de autogobierno y autorreproducción (familias, ONG, empresas organizaciones sociales, iglesias, comunidades locales) y cuyos aportes contribuyen

³² Cfr. *Ibíd*em, p. 32 (las cursivas son mías)

³³ Cfr. *Ibíd*em, pp. 33-35 (las comillas son mías)

³⁴ Cfr. *Ibíd*em pp. 36-37

significativamente a la coordinación intrasocietal”.³⁵ (Diálogo entre los diferentes actores de la sociedad)

Para Aguilar Villanueva, “la gobernabilidad y la gobernanza son dos enfoques conceptuales y prácticos que se relacionan ambos con la acción del gobierno y hacen referencia a la capacidad gubernativa o directiva del gobierno y buscan su solución, pero tienen una diferencia en el planteamiento del problema y por lo tanto en el planteamiento de la solución.

Al respecto plantea que la gobernanza integra a la gobernabilidad como condición de la dirección social”³⁶

Aguilar explica que:

“La gobernabilidad denota la posibilidad de que el gobierno gobierne a su sociedad, la capacidad de gobernar se muestra y valida mediante los resultados reales que producen las decisiones y las acciones que ejecuta el gobierno. Para que la capacidad de gobernar sea un hecho, son decisivas las acciones analíticas y administrativas del gobierno, así como las actividades políticas de interlocución y negociación que el gobierno practica en su relación con los actores sociales para definir y realizar los objetivos de la sociedad (situación última que la gobernanza resalta) ³⁷

Por lo tanto, la gobernanza es un nuevo proceso directivo que incluye a la gobernabilidad, la gobernanza es un concepto post gubernamental más que antigubernamental en el que la definición de los objetivos sociales son resultado de un nuevo tipo de relación entre gobierno y sociedad, que no es denominado por gobierno y que tampoco puede ser modo de mando y control dada la independencia política de los actores sociales y de su fuerza relativa en virtud de los recursos que poseen y de los que el gobierno carece.

³⁵ Aguilar, Luis, Gobernanza y gestión pública, 3ª reimpresión, México, Fondo de Cultura Económica, 2009, p.78

³⁶ Aguilar, Luis, Gobernanza el nuevo proceso de gobernar. p. 23 http://politicalatina.flacso.edu.mx/contenidos-sesiones/Sesion-6_Aguilar.pdf

³⁷ Ibídem, p. 30

Aguilar Villanueva refiere que después de la crisis fiscal de los años setenta, el gobierno mostró incapacidad para gobernar (ingobernabilidad) porque perdió la capacidad de dirigir a la sociedad hacia metas de bienestar y seguridad social, relacionadas con el crecimiento económico, debido a que no posee el control de las variables clave como el crecimiento económico, el empleo e ingresos sostenidos, la seguridad social, la superación de la pobreza, pues estos factores están en manos de los actores nacionales y mundiales de la economía y entonces su actividad directiva le exige crear interdependencias con otros agentes, coordinarse con ellos, si dejar de coordinarlos

El mismo autor, refiere que en las décadas pasadas, los gobiernos y las sociedades, para enfrentar la crisis política y económica de los Estados sociales, han mostrado dos tendencias que animan y reorientan a la administración pública. La primera tendencia se orienta a “reivindicar, recuperar y reconstruir la naturaleza pública de la administración pública (tendencia pública), mientras que la segunda busca recuperar, reactivar y reconstruir la capacidad administrativa de la administración pública (tendencia gerencial)”³⁸

Aunque ambas tendencias tienen acentos diferentes, también tienen puntos de convergencia como la recuperación de la centralidad del ciudadano y explica que:

“En la vertiente gerencial se observa cuando conforme a la filosofía de la administración de calidad se le entiende como el usuario/cliente del servicio público para mantener la legitimidad”³⁹

“En la vertiente pública “la recuperación del ciudadano ocurre cuando mediante varios argumentos doctrinales y movilizaciones reales se vindica y reconoce el derecho o la obligación o la libre opción de los ciudadanos a comprometerse y corresponsabilizarse con el bien de su comunidad política y, por consiguiente, a constituirse en sujeto activo de la deliberación política sobre los asuntos públicos, las políticas públicas, y en sujeto participante en el desarrollo de la política pública y en la prestación de los servicios públicos”.⁴⁰

³⁸ Aguilar, Luis, op.cit., nota 35 p. 40

³⁹ *Ibidem*, p. 44

⁴⁰ *Ídem*.

A pesar de la diferencia conceptual del término gobernanza y la gobernabilidad, entre el Dr. Aguilar Villanueva y el Dr. Castelazo, ambos autores coinciden en la importancia de mantener una posición equilibrada entre la participación del gobierno, los actores de mercado y los actores sociales, que permita generar políticas públicas, orientadas a la acción eficaz del gobierno con impacto en la dirección de la sociedad hacia el bienestar. Aunque el Dr. Castelazo ha puesto el equilibrio de la participación en el término de “gobernabilidad”.

En ese sentido, la búsqueda del acceso a la equidad y la justicia social requiere de la participación del gobierno y los otros actores sociales, para la definición de la dirección de las acciones y la construcción de políticas públicas.

1.3 Definición de justicia social y equidad

La equidad representa, frente a la razón legal, el sentimiento de la justicia que a veces se aparta de la ley para atender circunstancias que, de no ser consideradas, determinarían una 'legal injusticia' si se admite la frase paradójica

Aristóteles

1.3.1 Definición de justicia social

El desarrollo económico de las sociedades modernas, bajo el enfoque de la economía neoliberal⁴¹, ha generado una serie de realidades nuevas que han transformado los modos de vida de la población mundial y a pesar de que la mayoría de los elementos que lo caracterizan no son nuevos, es responsabilidad de todos entender y actuar en contra de fenómenos que en conjunto consideramos faltos de equidad y justicia. Uno de estos fenómenos es la justicia social en salud, la cual conlleva necesariamente el análisis de la pobreza y la desigualdad.

En este capítulo vamos identificar las definiciones de justicia social y equidad, sin embargo, es importante aclarar que no es posible llegar a definiciones únicas, porque la complejidad del tema y la variedad de disciplinas que la estudian determinan en gran medida la existencia de aproximaciones ligadas a diferentes concepciones filosóficas y ético-valorativas.

Para comprender el marco interpretativo en que se inscribe, es necesario partir de los conceptos principales que conforman la teoría de la justicia sanitaria en particular.

⁴¹ El liberalismo no es solamente una ideología de orden político, es también una corriente de pensamiento económico, que en la base plantea las ideas sobre los derechos naturales del hombre de libertad político y económica, en la que se propugnaba porque el gobierno se entrometiera en el ámbito de la economía. Después de la primera guerra mundial, las ideas liberales y la fe en el mercado entraron en etapa de crisis, y avanzaron las ideologías que suplían algunas debilidades del mercado con la intervención estatal. Sin embargo, durante la década de los ochenta del siglo XX, con algunos cambios, se da el resurgimiento de las ideas liberales en economía (privatización de las empresas de propiedad estatal, desregulación de la actividad económica y apertura comercial) bajo la etiqueta del neoliberalismo.

De acuerdo con Vega-Romero en el campo específico de la salud se reconocen cuatro concepciones modernas de justicia: a) las concepciones liberales, b) las utilitaristas, c) las contractualistas y d) las igualitarias. Todas ellas, en mayor o menor medida, constituyen la plataforma sobre la cual se han desarrollado los sistemas de salud y las concepciones actuales sobre la equidad sanitaria.⁴²

Los liberales defienden la idea de que la salud pertenece al ámbito de la vida privada y que la elección y distribución de los cuidados médicos debe hacerse prioritariamente a través del intercambio en el mercado, sobre la base de la libre elección, reduciendo la intervención del Estado a programas básicos para la atención de los más pobres.

Los utilitaristas, tienen como fundamentado los criterios distributivos en el principio de utilidad, es decir, en la maximización de la suma de las utilidades, las preferencias y los valores individuales.

Por su parte, los contractualistas, enfocan sus posiciones en los principios que enmarcan un contrato que deben ser acordados a través de procedimientos.

Finalmente, los igualitaristas sostienen que los principios de justicia sanitaria deben ser el resultado de un contrato social justo o el resultado de modelos de sociedad, como el propuesto por el marxismo

Al respecto analizaremos la teoría de John Rawls, que a pesar de todas las críticas de los liberales conservadores, contractualistas, igualitaristas y marxistas, y a pesar de la imperfección de su teoría, ha influido con sus planteamientos en el diseño de Políticas Públicas de la actualidad y es útil en la base de las discusiones sobre justicia social.

⁴² Vega, Raúl, “Justicia Sanitaria como igualdad ¿Universalismo o pluralismo?” En *Pensamiento en Salud Pública: El Derecho a la Salud*. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia; 2001, p.p. 54-89

Rawls plantea que el principal problema de la justicia es la elección del sistema social. El sistema social ha de estructurarse de tal manera que la distribución resultante sea justa y para ello, es necesario establecer una política adecuada e instituciones legales que establezca un proceso económico y social que garantice la imparcialidad, suponiendo que el gobierno debería garantizar un mínimo social, bien por asignaciones familiares y subsidios o por medios tales como un impuesto negativo sobre la renta.

La teoría de Rawls permite fundamentar la acción a favor de la justicia social por parte de las instituciones de la sociedad y se refiere dos principios para explicar la justicia:

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 tal que a la vez que: a) se espere razonablemente que sean ventajosas para todos, b) se vinculen a empleos y cargos asequibles para todos.⁴³

El primer principio se encarga de la distribución del bien primario de la libertad, y tiene dos pretensiones: igualdad y maximización de las libertades básicas, respecto a las desigualdades económicas, sugiere que deben apoyarse, en el principio de la justa igualdad de oportunidades.

En el segundo principio que resulta de mayor interés para los efectos de este trabajo, Según Rawls, las desigualdades estarían justificadas si incidieran a favor de los peor situados. Con el segundo principio, es decir, la combinación del principio de la diferencia con el principio de la justa igualdad de oportunidades, Rawls

⁴³ Caballero, José, “La teoría de la Justicia de John Rawls”, pp. 10-11 en *Voces y Contextos*. Ibero Forum. http://www.uia.mx/actividades/publicaciones/iberoforum/2/pdf/francisco_caballero.pdf

pretende dar una alternativa tanto al sistema de libertad natural como al principio liberal de igualdad de oportunidades.

La prioridad del principio de la justa igualdad de oportunidades frente al principio de la diferencia hace que al prestar gran atención a las oportunidades de aquellos con menores posibilidades se les abra un abanico de alternativas más amplio que el que hubieran tenido con una distribución estrictamente igualitaria. “Es así como la desigualdad de oportunidades ocasionada por las desigualdades económicas que permite el principio de la diferencia debe, según este mismo principio, aumentar las oportunidades de aquellos que tengan menos”.⁴⁴ Este segundo principio da, además, prioridad a la justicia sobre la eficacia, aunque es compatible con ella.

Siguiendo nuevamente a Rawls, podemos decir que este principio implica “otorgarle a las personas más desaventajadas de la sociedad un gran poder de influencia o de negociación sobre las instituciones y Políticas Públicas ya que sus intereses asumen una prioridad absoluta respecto de otros objetivos socialmente valiosos”⁴⁵. También es posible afirmar que es deseable que los gobiernos democráticos asuman este compromiso.

En este sentido, interpretando a Rawls, el Estado debe elegir la política que se considere justa, esto significa que al formular la política pública debemos aspirar a mejorar el bienestar de la persona que se encuentra en la peor situación dentro de la sociedad. Es decir, en lugar de maximizar la suma de la utilidad total de la sociedad, como haría un utilitarista del siglo XIX, ⁴⁶ Rawls maximizaría la utilidad mínima.

⁴⁴ *Ibíd.*, p. 12

⁴⁵ *Ídem.*

⁴⁶ Por utilitarismo se entiende una concepción de la moral según la cual lo bueno no es sino lo útil, convirtiéndose, en consecuencia, el principio de utilidad en el principio fundamental

1.3.2 Definición de equidad:

El término equidad según Ramírez, procede del latín *aequitas*, que a su vez se deriva de la palabra *aequus*, que significa “igual”. Consiste en dar a cada uno lo que le corresponde por sus méritos o condiciones.⁴⁷

Para los fines de este trabajo, es conveniente retomar la explicación de Aristóteles acerca de la equidad, en la que expresa que “la naturaleza misma de la equidad es la rectificación de la ley cuando se muestra insuficiente por su carácter universal”.⁴⁸

En ese sentido, debido a que la Ley tiene carácter general y, por lo tanto, a veces demuestra ser imperfecta o de difícil aplicación en casos particulares, la equidad interviene para juzgar, no a partir de la ley, sino a partir del espíritu de de la misma ley. Así de acuerdo con Aristóteles, “la justicia y la equidad son la misma cosa: la equidad es superior, no a lo justo en sí, sino a lo justo formulado en una ley que por razón de su universalidad está sujeta a error. No aplicar la equidad para atender algunas circunstancias en las que la Ley no ha sido suficiente, determinarían una “legal injusticia”⁴⁹

A continuación vamos a revisar algunos acercamientos a la definición de equidad en salud, que son de interés para el desarrollo de este trabajo, pero es importante puntualizar que hay diversas explicaciones conceptuales y empíricas, dentro del contexto socioeconómico y sobre la identificación de las condiciones de salud de los diferentes grupos poblacionales. Algunas teorías conceptualizan la definición a partir de la injusticia y la inequidad, mientras que otros la explican a través del enfoque económico o social

⁴⁷Cfr. Ramírez, Antonio, “Enfoques prevalecientes acerca del concepto de equidad y otros relacionados”. *Diseño de un Sistema de Monitoreo de la equidad en salud en cuba*, La Habana, 2004 p. 13

⁴⁸ Linares, Nivaldo y López, Olivia, “*La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva*” Revista Medicina Social, México, Volumen 3, número 3, septiembre de 2008, p. 249, en <http://www.medicinasocial.info/index/article/>

⁴⁹ Ídem.

Para el desarrollo de este trabajo, consideraremos la conceptualización de la equidad en salud que visualiza la integración de dos campos diferenciados pero estrechamente relacionados: el ámbito de la salud y el ámbito societal (referido a una situación de colapso).

- a) El ámbito de la salud integrado por tres dimensiones (acceso a servicios de salud, calidad de la atención y resultados de salud)
- b) El ámbito societal de la salud, conformado por los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales, que se expresan en condiciones concretas de vida y trabajo de grupos sociales particulares, en donde se sintetizan las contradicciones de clase, género, etnia/origen y edad/generación.⁵⁰

De estas interpretaciones de la equidad en salud, se pueden distinguir al menos cuatro abordajes que intentan definirla y explicarla.

- Aplicación de teoría de justicia
- Determinantes sociales y económicos
- Perspectiva de los Derechos y valores
- Ejercicios y diferencias de poder entre los grupos sociales⁵¹

Una autora representativa del abordaje de *aplicaciones de la teoría de justicia y cuyo trabajo teórico ha contribuido a la postura en la materia que maneja la OMS y la OPS, es la Dra. Margaret Whitehead quien explica la equidad a partir de la inequidad y hace referencia a desigualdades que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran injustas.*

Para Whitehead, la equidad en salud significa, que “todos deben tener la oportunidad justa de alcanzar todo su potencial de salud y, más pragmáticamente, que nadie debe estar en desventaja a la hora de alcanzarlo, si ello se puede evitar”⁵²

⁵⁰ *Ibidem*, p. 250

⁵¹ *Ídem*.

⁵² *Ídem*.

La autora identifica siete posibles determinantes de las desigualdades en salud:

1. variaciones biológicas, naturales, 2) conductas que dañan la salud elegidas libremente, 3) ventajas transitorias en salud de un grupo respecto a otro cuando ese grupo adopta conductas promotoras de salud (en tanto otros grupos tengan también los medios para hacerlo) 4) conductas dañinas a la salud en la cual el grado de elección de los estilos de vida está severamente restringido, 5) exposición a condiciones no saludables, vida estresante y condiciones laborales dañinas 6) acceso inadecuado a servicios esenciales de salud y otros servicios básicos y 7) selección natural o movilidad social relacionada con la salud que tiende a que las personas enfermas desciendan en la escala social.⁵³

A las tres primeras no las considera injustas, mientras que las cuatro restantes serían consideradas evitables e injustas.

La autora supone que a partir de las condiciones actuales, se ha dado una reducción, al mínimo posible, de los diferenciales de salud y de acceso a los servicios sanitarios. A partir de este hecho define el concepto de equidad por medio de dos antónimos: desigualdad e inequidad.

Para el primer término (desigualdad), indica que “hay diferencias sistemáticas, inevitables y pertinentes entre los miembros de una población, mientras que para el segundo (inequidad) señala la existencia de variaciones no solo innecesarias y evitables, sino también injustas.”⁵⁴

La misma Whitehead apunta que “la equidad no significa que todos deban tener el mismo nivel de salud y consumir la misma cantidad de servicios y recursos, sino que deben considerarse las necesidades de cada uno. Para describir una situación como no equitativa o injusta, ésta debe ser examinada y juzgada en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad”.⁵⁵

⁵³ *Ibidem*, p. 251

⁵⁴ *Ídem*.

⁵⁵ *Ídem*.

A partir de los trabajos de Whitehead y de otros autores, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone centrarse más que en los conceptos de igualdad-desigualdad en el binomio equidad-inequidad. Para la OMS la “equidad significa que las necesidades de la gente, más allá de sus privilegios sociales, deben guiar la distribución de oportunidades para su bienestar, lo cual requiere reducir las desigualdades injustas según los estándares sociales, con principios de justicia e imparcialidad”.⁵⁶

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostiene que por lo común se confunden con frecuencia los términos de igualdad-equidad-desigualdad-inequidad. Para la OPS, igualdad es uniformidad y equidad es imparcialidad. También desigualdad e inequidad al igual que Whitehead. Es la “lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son evitables e innecesarias.”⁵⁷

En una determinada situación, “igual puede ser no equitativo y “desigual” puede ser equitativo, por lo que es necesaria una justificación ética de por qué una cierta distribución constituye una inequidad.”⁵⁸

La OPS En la obra titulada “Desafío a la falta de equidad en salud” cuya edición estuvo a cargo de Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya y Wirth, se concluye que “las desigualdades en salud reflejan las diferencias entre grupos, con independencia de cualquier posible valoración sobre la justicia de éstas.

⁵⁶ Whitehead, Margaret, Göran, Dahlgren, *Conceptos y principios de lucha contra la desigualdad, Desarrollando el máximo potencial en salud para toda la población*, parte 1, OMS, p. 15

⁵⁷ OPS, *La Salud en las Américas*, Organización Panamericana de la Salud., Informe de la Dirección, Washington, 2003 p. 15

⁵⁸ Ídem

Bárbara Starfield, introduce dos diferentes tipos de equidad: “La equidad horizontal (igual trato para individuos iguales) y equidad vertical (desigual trato para individuos desiguales)”⁵⁹

Consideraremos la visión del objetivo de equidad en salud, del liberal John Rawls, situado en el contexto de una búsqueda más amplia de justicia social. La premisa fundamental de este enfoque es que “las desigualdades sociales en salud son injustas porque se deben a una división del trabajo en la sociedad, que coloca a determinados grupos de personas en desventaja, no solo económica, social y política, sino también en la posibilidades de conservar la salud.”⁶⁰

Finalmente a manera de conclusión, diremos que la equidad en la salud está íntimamente ligada con el hilo conceptual de los derechos humanos, que recorre los principales textos de la OMS, que ya decía en 1946 que “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.”⁶¹

Entonces, el concepto de la equidad en salud implica que, en una situación ideal, todas las personas alcanzan un grado máximo de salud y ninguna se ve en situación de desventaja por razón de su posición social o por otras circunstancias determinadas por factores sociales.

Pero además es importante anotar que:

- La equidad tiene sus fundamentos en los derechos humanos fundamentales
- La equidad no es igualdad, ya que la desigualdad de necesidades requiere una atención diferente para ser equitativa.

⁵⁹ Linares, Nivaldo y López, Olivia, Op. cit., nota 48 p. 253

⁶⁰ *Ibidem*, p. 248

⁶¹ Whitehead, Margaret, Göran, Dahlgren, op.cit., nota 56 p. 16

1.4 Implicación de la equidad y la justicia social en los sistemas de salud

Hay un acuerdo general, de que la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un elemento clave de la justicia social y de las acciones públicas destinadas a mejorar el bienestar de las personas, desafortunadamente, es en este campo en el que se hacen visibles las desigualdades e inequidades sociales ante ciertos grupos por motivos raciales, de género o de clase, entre otros.

Amartya Sen, señalan que la salud es de gran interés para las políticas de desarrollo social porque es un elemento directamente constitutivo del bienestar de una persona y por lo tanto tiene un valor intrínseco porque hace posible que la persona funcione como un agente, es decir, que promueva y persiga las metas y sus proyectos en la vida.⁶²

Las políticas de salud, forman parte del resto de las políticas sociales gubernamentales y por lo tanto, en un Estado democrático, este tema debería ser discutido con la sociedad en su conjunto. En México, la democracia representativa, nos ha llevado a que la política social se discuta solo en el Congreso.

Es importante puntualizar que los modelos de organización de los sistemas de salud, no son simplemente conocimientos aplicados, en realidad son el resultado de un proceso sociopolítico que realizan cotidianamente las fuerzas organizadas de la sociedad particular, en medio de las tensiones entre la dinámica internacional, la nacional y la local, entre lo estructural y lo coyuntural, lo que cambia y lo que se resiste y por otro lado, el debate respecto a la capacidad de los sistemas de salud para garantizar la equidad, se ha movido entre los alcances del modelo mismo y los problemas de su aplicación.

⁶² Cfr. Sen, Amartya, *Equidad en salud y Justicia social*, p. 26 <http://reocities.com/wallstreet/floor/9680/sensalud>

Los sistemas de salud, para el cumplimiento de sus fines, deben estar basados en valores, en los que deben estar como principio estructural “la equidad” como condición para alcanzar el acceso universal a la atención, y “la integralidad de la atención”, que para los casos en los que se requiere una atención progresiva, es un requisito para la eficacia, la satisfacción y la equidad. El sistema de atención debe procurar la satisfacción individual y social. Considerando la calidad y las formas de atención.

Respecto a los servicios de salud y los procesos de atención médica diversos autores identifican aspectos específicos para poner en práctica el concepto de equidad en salud.

Margaret Whitehead identifica cuatro tipos de equidad:

- a) Igualdad en el acceso disponible para igual necesidad,
- b) Igualdad de utilización para igual necesidad (referida a la adecuada distribución de los recursos de salud existentes entre los individuos que los necesitan)
- c) Igualdad en la calidad de la atención y igualdad en el resultado ⁶³

Por otro lado Berman y Daniels señalan que los tres elementos claves para lograr la equidad en los sistemas de salud son:

- a) financiamientos progresivos/asignaciones equitativas de recursos dentro del sistema de salud;
- b) derechos universales/accesos universales y
- c) calidad de los servicios de salud. ⁶⁴

En el caso de la OMS, también se ha tratado de dar un sentido más operativo y ha definido a la equidad en la atención a la salud como:

- a) la forma en que son asignados los recursos para el cuidado de la salud,
- b) la forma en que los servicios son recibidos por la población; y
- c) la forma en que los servicios de salud son pagados. ⁶⁵

⁶³ Linares, Nivaldo y López, Olivia, op.cit; nota 48, p. 252

⁶⁴ Ídem.

El aspecto de la protección financiera a los pobres, es uno de los aspectos coyunturales para determinar la eficiencia en la equidad que logran los sistemas de salud.

En el Informe de la OMS del año 2000, establece que entre los objetivos de la organización se encuentra el de brindar protección financiera a los pobres frente a los costos de la atención, es decir, lograr la equidad de las contribuciones financieras. “La equidad financiera impulsada por la OMS responde al principio de contribución según capacidad de pago, pero no al principio de: para cada persona según su necesidad, pues propone la recaudación de ingresos por pago anticipado mediante sistemas de seguro”.⁶⁶

Para Linares y López, El enfoque de equidad de la OMS, ha encontrado severos cuestionamientos, pues en opinión de algunos investigadores, “no se trata de equidad sino de imparcialidad y en contrasentido de lo que dice impulsar, favorece la inequidad vía expansión del capital financiero en salud,”⁶⁷

De la propuesta de Bárbara Starfield, sobre la equidad horizontal y vertical, se han generado diversas interpretaciones. En la revisión de Ramírez “la equidad horizontal es la asignación de iguales o equivalentes recursos para igual necesidad, (por ejemplo un plan universal de salud), en tanto la equidad vertical es la asignación de diferentes recursos para diferentes niveles de necesidad (por ejemplo, programas focalizados en los pobres)”⁶⁸

Sin embargo, si analizamos la mayor parte de los procesos de reforma de los sistemas de salud, de acuerdo con las políticas de la OMS, observaremos que se han orientado a la equidad en el acceso a servicios de salud, pero en la medida que

⁶⁵ Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000 p.114

⁶⁶ *Ibíd.*, p. 116

⁶⁷ Cfr. Linares, Nivaldo y López, Olivia, op. cit., nota 48 p. 253

⁶⁸ OPS, *La Salud en las Américas*, op.cit; nota 50 p. 17

avanza la tecnología médica y los gobiernos expresan su limitada capacidad fiscal para proponer el acceso universal a los servicios de salud, la definición de equidad que más se usa es la más restrictiva.

Travasso y sus colaboradores, distinguen entre equidad en salud y equidad en servicios de salud y exponen que “no todos los determinantes de las desigualdades en los niveles de salud intervienen en la determinación de las desigualdades en el uso de los servicios de salud, en otras palabras, la obtención de la igualdad en el uso de servicios de salud no asegura la igualdad en los resultados”.⁶⁹

Estos autores parten de la Determinación social de las necesidades de salud y reconocen que el uso de servicios de salud está determinado, tanto por las necesidades de salud de la población, como por las características de la oferta de servicios; es decir, por las características del mercado de servicios de salud, la composición del *mix* público/privado, las estructuras de financiamiento, las formas de pago, entre otras.

Finalmente, sin interés en abundar, vale la pena referir el tema de la equidad de género en los sistemas de salud, En este caso, Travasso y colaboradores, refieren que operacionalmente la equidad de género no se traduce en tasas iguales de mortalidad y morbilidad en mujeres y hombres, sino en la eliminación de la diferencias remediables en las oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermar, discapacitarse o no morir por causas prevenibles. Así mismo, la equidad de género en la atención de la salud no se manifiesta en cuotas iguales de recursos y servicios para hombres y mujeres; exige por el contrario que los recursos se asignen y se reciban diferencialmente, de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo y en cada contexto socioeconómico.

⁶⁹ Travasso y colaboradores. “Genero equidad y acceso a los servicios de salud. Una aproximación empírica”. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Wshington vol. 11, núm. 56, Mayo/ junio de 2002 <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000500008>

2. MARCO JURIDICO

2.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

“La salud es ámbito predilecto de la sociedad igualitaria. Poca importancia tiene la disminución de otras desigualdades sociales, si no se manifiesta en una vida sana y de mejor calidad.”

Guillermo Soberón Acevedo.

La Constitución, es la fuente formal y directa, más importante y de mayor jerarquía, del Derecho administrativo, y de todas las ramas de la ciencia jurídica, es la Ley suprema de un Estado.

Para los fines de este artículo, es importante referir que las garantías, derechos fundamentales o derechos públicos subjetivos de los gobernados se establecen en la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos en los artículos del 1 al 28.

Al respecto, en la constitución se establecen derechos individuales que imponen al Estado una obligación de no hacer, es decir, le obligan a abstenerse de violarlos, pero también establece derechos sociales que conllevan obligaciones de hacer para el Estado; el Estado debe generar las condiciones necesarias para que el derecho social pueda ejercerse.

En México, el derecho a la protección de la salud se circunscribe dentro de esta rama de derechos sociales y representa el reconocimiento a uno de los derechos fundamentales contenidos en la declaración universal de los derechos humanos de la Organización de las Naciones Unidas.

Específicamente el artículo 4º constitucional establece que:

“El varón y la mujer son iguales ante la ley, Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia... Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia

de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”⁷⁰

De la lectura del último párrafo se desprende que debe existir concurrencia entre la Federación y las Entidades Federativas para hacer efectivo el derecho a la salud. Lo cual responde no sólo a un sano federalismo, sino también a una necesidad real y un interés fundamental de los mexicanos por procurar que todas las instancias de gobierno intervengan en su concreción, ya que sin el concurso de ambas instancias (federal y estatal) la acción sanitaria sería del todo ineficaz.

Otro artículo de la Constitución Mexicana relacionado con la salud, es el artículo 123, en el que se habla del derecho al trabajo, digno y socialmente útil, pero que en la fracción XXIX, se establece que:

“Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, vejez y de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares”.⁷¹

Es importante hacer notar que la presencia de estos dos artículos en la constitución mexicana, marca dos grandes mecanismos de atención a la salud, por parte del Estado.

- Mecanismo de atención al derecho a la salud y otras prestaciones orientadas al bienestar, como consecuencia de una prestación laboral, es decir el “derecho a la seguridad social”, otorgado por organismos financieros de seguridad social.

⁷⁰ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* art. 4o, Última reforma del Diario Oficial de la Federación, 13 de octubre de 2011. P.5

⁷¹ *Ibidem*, Art. 123 f. XXIX, p. 97

- El derecho a la salud, de personas sin actividad laboral formal (población abierta) que actualmente se otorgan a través de la Secretaría de Salud Federal o a través de los servicios Estatales de Salud.

Ahora bien, el derecho a la protección de la salud del artículo 4º constitucional descansa su operatividad, en las disposiciones legislativas secundarias, a las cuales corresponde reglamentar y ampliar los contenidos del derecho a la protección de la salud constitucionalmente consagrado.

En este sentido, la Ley General de Salud se encarga de definir los propósitos que se persiguen con la protección de este derecho fundamental, mismos que se atienden a través del Sistema Nacional de Salud

2.2 Ley General de Salud

En México, la atención del derecho a la protección de la salud contenida en el artículo 4º de la Constitución Política, se define a través La Ley General de Salud (LGS), la cual es una Ley General, reglamentaria, que define las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social. Se encarga de definir los propósitos que se persiguen con la protección de este derecho fundamental.

En el artículo 2º de la LGS, se expresa que el derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I.- El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II.- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;

- III.- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV.- La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V.- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI.- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII.- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.⁷²

Por otro lado, en el artículo 3º, de la LGS, se definen los temas que son materia de “salubridad general”, de lo cual señalaremos algunos que son de interés para el desarrollo de esta investigación:

- I.** La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el Artículo 34, fracciones I, III y IV, de esta Ley;
- II.** La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;
- II bis.** La Protección Social en Salud.
- XVI.** La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes ⁷³

Ahora en el art. 5º se establece que es al Sistema Nacional de Salud a quien corresponde hacer frente a los problemas de salud que aquejan a nuestro país y que ese sistema se compone de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local; las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, y de los mecanismos de coordinación de acciones entre dichos organismos.

⁷² Congreso de la Unión, *Ley General de Salud*. Diario Oficial de la Federación, 16-01-2012, primera sección, art. 2º, p.1

⁷³ Ídem, art. 3º, p. 2

En el artículo 6º se establecen los objetivos del Sistema Nacional de Salud en los que destacan el proporcionar servicios de salud a toda la población y la mejora de la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y los factores que condicionan y causen daño a la Salud, con especial interés en las acciones preventivas.⁷⁴

Desde el año 2003, la LGS, se modifica con la adición del título tercero bis, sobre la creación del Sistema de protección Social en Salud, que abarca 10 capítulos en los que se define la norma general de la atención y financiamiento de dicho sistema.

Al respecto, en el artículo 77 bis 1, se expresa que todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución, sin importar su condición social.

En el mismo artículo, también se refiere que la protección social en salud es un mecanismo por el cual:

“El Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social” y que como mínimo se deberán contemplar “los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención”.⁷⁵

⁷⁴ *Ibidem*, art. 6º, p. 4

⁷⁵ *Ibidem*, art. 77 bis 1, p. 23

Con relación al tema de los trasplantes, Un capítulo interesante dentro del título tercero bis de la LGS, es e del capítulo VI denominado “Del fondo de protección contra gastos catastróficos”, que explica que se considerarán “gastos catastróficos” a los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, a enfermedades y que implican un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren. El SPSS tiene el objetivo de apoyar el financiamiento de la atención de estas enfermedades, para lo cual se constituirá y administrará por la Federación un fondo de reserva, sin límites de anualidad presupuestal, con reglas de operación definidas por la Secretaría de Salud.

Los trasplantes, es una terapéutica que puede considerarse en el rubro de gastos catastróficos, pero no se incluyó ningún tratamiento de trasplante de órgano sólido o tejido en los paquetes quirúrgicos del Programa de Seguro Popular. Es hasta los últimos tres años del gobierno panista de Felipe Calderón, cuando se incorpora el trasplante de corneas, que es el más sencillo y menos costoso de los trasplantes pero aún se están ajustando los mecanismos de acceso.

Por otro lado el trasplante, como procedimiento quirúrgico y todo lo relacionado con el tema de donación de órganos y tejidos, como actividad terapéutica, se regula también a través de la Ley General de Salud a lo largo del título décimo cuarto.

Este título de la LGS contiene un capítulo de: disposiciones comunes, donación, trasplantes, pérdida de la vida y cadáveres. Algunos de los artículos más importantes para el interés de la investigación se describen a continuación:

En el artículo 313. Frac. I, se establece que compete a la Secretaría de Salud: El control sanitario de la disposición y trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos, por conducto del órgano desconcentrado denominado Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).⁷⁶

⁷⁶ *Ibidem*, Título Décimo Cuarto, art. 313, pp. 101-102

En el artículo 315 se definen los establecimientos de salud que requieren de autorización sanitaria en el tema de trasplantes (otorgada por COFEPRIS) y en ese sentido considera a los Hospitales que hacen trasplante, a los Hospitales que pueden procurar tejido y a los bancos de tejidos, células.

En el mismo artículo 315 de la LGS se señala que la autorización se otorga a (los hospitales o bancos⁷⁷) que cuenten con el personal, infraestructura, equipo, instrumental e insumos necesarios para la realización de los actos relativos, que deberán contar con un Comité Interno de Trasplantes que será presidido por el Director General o su inmediato inferior y que será el responsable de hacer la selección del establecimiento de salud que cuente con un programa de trasplante autorizado, al que enviará los órganos, tejidos o células, que obtengan.⁷⁸

Por otro lado La LGS, en el art. 321 expresa que: “La donación consiste en el consentimiento tácito o expreso de la persona para que, en vida o después de su muerte, su cuerpo o cualquiera de sus componentes se utilicen, toda persona es disponente de su cuerpo y podrá donarlo, total o parcialmente, para los fines y con los requisitos previstos en el presente Título” ⁷⁹ (art. 320), que está prohibido el comercio de órganos, tejidos y células, que la donación de éstos con fines de trasplantes, se regirá por principios de altruismo, ausencia de ánimo de lucro y confidencialidad, por lo que su obtención y utilización serán estrictamente a título gratuito”.⁸⁰

Respecto al egreso de órganos y tejidos y células fuera del país, el art. 317, refiere que “no podrán ser sacados del territorio nacional, y que los permisos para que los

⁷⁷ En la Ley General de Salud se define como banco de tejidos a los establecimientos que tienen como finalidad primordial mantener el depósito temporal de tejidos para su preservación y suministro temporal.

⁷⁸ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* art. op. cit 70, Título Décimo Cuarto, art. 313, p. 104

⁷⁹ *Ibidem*, Título Décimo Cuarto, art. 321, p. 106

⁸⁰ *Ibidem*, Título Décimo Cuarto, art. 320, p. 106

tejidos puedan salir del territorio nacional, se concederán siempre y cuando estén satisfechas las necesidades de ellos en el país, salvo casos de urgencia”.⁸¹

Aunque en el capítulo cuatro describiremos ampliamente el proceso de donación, es conveniente mencionar que cuando en una unidad hospitalaria, con licencia de procuración, fallece una persona que con diagnóstico de muerte encefálica⁸² y su familia acepta donar los órganos o tejidos que sean viables para trasplante, en ese momento se buscará y definirá a que programa de trasplantes se hará llegar los órganos o tejidos que se obtengan. La unidad hospitalaria que reciba los órganos o tejidos, definirá específicamente a que paciente se le trasplantarán con el objeto de salvar su vida o mejorar la calidad de la misma. Finalmente esa actividad es registrada con fines de transparencia y rendición de cuentas.

En el artículo 336 se establecen como criterios para la asignación de órganos y tejidos de donador no vivo: la gravedad del receptor, la oportunidad del trasplante, los beneficios esperados, la compatibilidad con el receptor y otros criterios médicos aceptados, así como la ubicación hospitalaria e institucional del donador, y cuando no exista urgencia para asignar preferentemente un órgano o tejido, se sujetará estrictamente a las bases de datos hospitalarias, Institucionales, estatales y nacionales, que se integrarán con los datos de los pacientes registrados en el Centro Nacional de Trasplantes.

En el art. Artículo 339. Se establece que la distribución y asignación de órganos, tejidos y células en el país, de donador con pérdida de la vida para trasplante, deberá sujetarse a los criterios y procedimientos emitidos por el Centro Nacional de Trasplantes, para lo cual el Centro Nacional de Trasplantes, emitió, mediante Acuerdo publicado en el diario oficial de la federación el día jueves 23 de abril de 2009, los “Lineamientos para la asignación y distribución de órganos y tejidos de

⁸¹ Cfr. *Ibíd.*, Título Décimo Cuarto, art. 317, p105

⁸² En el artículo 343 de Ley General de Salud, se define la muerte encefálica como la ausencia completa y permanente de conciencia, de respiración espontánea, de reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociocéptivos.

cadáveres de seres humanos para trasplantes”. Estos lineamientos serán motivo de análisis en el capítulo tres.

Para garantizar el cumplimiento de esta Ley Reglamentaria, el artículo el segundo párrafo del artículo 339. Establece que El Centro Nacional de Trasplantes supervisará y dará seguimiento dentro del ámbito de su competencia a los procedimientos señalados y establece la responsabilidad en los estados para la supervisión y seguimiento de los Centros Estatales de Trasplantes⁸³ y los Comités internos, correspondientes en cada establecimiento de salud.

Finalmente, en el tercer párrafo del mismo artículo 339, se establece que El Centro Nacional de Trasplantes dará aviso a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), en caso de detectar irregularidades en el desarrollo de las atribuciones en el ámbito de su competencia.

2.3 Políticas de salud en México durante los sexenios panistas

2.3.1 Antecedentes:

En México, se pueden identificar los seis ejes de la transformación neoliberal de las políticas de salud: 1) La recomposición financiera del sector, 2) La descentralización, La privatización selectiva de lo público rentable, 3) el discurso tecnocrático (la salud como un bien privado y su atención como un problema de costo-beneficio y costo-efectividad) 4) la selectividad y la focalización y 6) La introducción a la lógica mercantil en las instituciones públicas.⁸⁴

⁸³ Los Centros Estatales de Trasplantes, son organizaciones locales, que de acuerdo con el art. 339 de la LGS, se establecen por los gobiernos de las entidades federativas; y en conjunto con el Centro Nacional de Trasplantes, deciden y vigilan la asignación de órganos, tejidos y células dentro de sus respectivos ámbitos de competencia.

⁸⁴ López, Olivia, Blanco, José, Políticas de Salud en México, La reestructuración Neoliberal. Editor, Universidad de Guadalajara, p.27. <http://hdl.handle.net/1928/8945>

Estos ejes se impulsaron desde 1982 y con distintos matices sexenales y periodos de aceleración y freno, se mantienen a lo largo de cuatro sexenios, permean el quehacer de las instituciones públicas de salud y seguridad social y prefiguran un nuevo orden mercantil en el sector.

Respecto a la recomposición financiera del sector, podemos resumir que los programas nacionales de salud de 1984-1988, 1990-1994, del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 y del Programa Nacional de Salud 2001-2006, giran alrededor de ampliar la cobertura de atención, elevar la calidad en la prestación de los servicios de salud; favorecer la equidad atendiendo prioritariamente a la población pobre y enfrentar sobre todo a las enfermedades que por su magnitud y trascendencia se constituyen en problemas de salud pública, con especial énfasis en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Sin embargo, la dinámica global de la política económica y social y en particular el monto de los fondos públicos destinados al sector, limita el logro de los objetivos planteados

Al iniciar el sexenio 2000-2006 el subsistema de seguridad social como el de atención a la población no derechohabiente están desfinanciados y se mantienen profundas desigualdades en el gasto ejercido entre población asegurada y población sin seguridad social (1.9% del PIB para la seguridad social y 0.7% para la población no asegurada.⁸⁵ En esta etapa la propuesta de transformación puede ser considerada como la cuarta fase de la modernización neoliberal en salud iniciada en los ochenta.⁸⁶

Por otro lado, la descentralización de los servicios de salud se constituye en la estrategia de mayor importancia para las instituciones que atienden a población sin

⁸⁵ *Ibíd.*, p. 25

⁸⁶ *Ibíd.*, p. 29

seguridad social, en el periodo de 1984 a 2000, bajo el argumento de que se pretende ampliar la cobertura, mejorar la calidad de los servicios, conciliar eficiencia con derechos de los trabajadores, fortalecer el federalismo, abatimiento de costos, racionalización del gasto en salud y la suma del esfuerzo en salud.

El proceso tiene dos vertientes, “la desconcentración de las facultades a los servicios coordinadores de Salud Pública en los Estados y el Distrito Federal y la descentralización propiamente dicha, a través de la creación de Sistemas Estatales de Salud y de la transformación de la Secretaría de salud en una dependencia normativa y reguladora”.⁸⁷

La privatización selectiva de lo público rentable, significó el deterioro de los servicios de salud de las instituciones de seguridad social, debido a la descapitalización, producto del deterioro salarial y la pérdida del empleos. Se impulsa la separación de los fondos de pensiones de los seguros sociales públicos y se propone la administración privada a través de las AFORES, lo que significa “la transferencia masiva de los fondos públicos al privado”.⁸⁸

Con este antecedente se produce un acelerado crecimiento de las empresas médicas privadas.

A través del discurso tecnocrático, se reconoce la salud como un bien privado y su atención como un problema de costo-beneficio y de costo-efectividad.

La salud es reconocida como una necesidad humana básica, su atención un derecho inalineable, (OMS, 1978) pero la forma en que cada sociedad responde a esta declaración es muy diversa.

El quehacer legítimo del Gobierno es el alivio de la pobreza, la producción de servicios que generan grandes externalidades y la regulación de las imperfecciones.

⁸⁷ *Ibíd.*, p 31

⁸⁸ *Ibíd.*, p 35

La política de salud neoliberal pasa de diagnósticos complejos a recomendaciones para que se apoye a las unidades familiares en la atención de su salud. En especial “se promueve la definición de servicios y paquetes básicos para la atención de los pobres, la selección de paquetes intervenciones costo-efectivos y la medición de los daños que pueden modificarse en las acciones elegidas”⁸⁹ El planteamiento significa que los fondos públicos deben centralizarse a financiar únicamente servicios básicos, liberar mercados cautivos y restringir el papel del Estado como financiador y productor de servicios.

De acuerdo con Olivia López y José Blanco, El Banco Mundial (BM) es el actor principal en la reorganización de los servicios de salud y financiador (a través de múltiples préstamos al gobierno mexicano) de los procesos de modernización de las instituciones de salud y seguridad en México. “La inversión en salud deben orientarse a disminuir la carga global de morbilidad (CGM) al menor costo posible, promoviendo la diversidad y la competencia de los servicios de salud”⁹⁰ en su metodología tienen como medida los Años de vida ajustados por discapacidad.

A través de la selectividad y focalización, se promueven servicios básicos y/o intervenciones puntuales, en la lógica de abaratar costos y maximizar resultados. En los años 90, la perspectiva de intervenciones selectivas es retomada por las agencias financiadoras supranacionales, en especial el Banco Mundial, para justificar la reorientación de los recursos financieros hacia intervenciones poco costosas y capaces de reducir la carga de morbilidad de los pobres sin incrementar los gastos.

Estas perspectivas de selectividad en las intervenciones, promueven que los gobiernos financien un conjunto limitado de medidas de salud pública y servicios clínicos, dirigidos fundamentalmente a la población pobre. También se vuelve

⁸⁹ Murray y López, 1996, referido en Arellano, Olivia, y Blanco José. Ídem. p. 35

⁹⁰ *Ibidem*, p. 39

selectiva para decidir quiénes deben recibir estos beneficios (Esta dirigida a los pobres, pero otros grupos que no sean considerados en esta categoría, no serán beneficiarias del gobierno, este último grupo deberá asumir los costos de su salud). En México se acepta esta política para reorganizar los servicios de las instituciones públicas de salud.

En 2002 se inicia el plan piloto de aseguramiento voluntario para población sin seguridad social, conocido como Seguro Popular que inicia con reformas a la LGS con la adición de un capítulo sobre la creación del Sistema de Protección Social en Salud.

A nivel federal se transforma la Secretaría de Salud en una entidad exclusivamente normativa y reguladora, se transfieren diversas tareas de conducción del sistema nacional de salud hacia organismos autónomos como la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios e incluso a algunos privados como los Consejos certificadores de profesionales de salud. A través del Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) se flexibiliza la operación de los servicios de salud a través de organismos públicos descentralizados, se facilita la subrogación y la articulación de prestadores de servicios privados, sociales y públicos.

Para impulsar y regular la actividad de donación, en el año de 1999, Se creó el Consejo Nacional de Trasplante y posteriormente, con el inicio del gobierno panista, en el año 2000 se creó El Centro Nacional de Trasplantes. Este último, se concibió, como un órgano desconcentrado de la *Secretaría de Salud*, con atribuciones señaladas en el art. 44 del Reglamento Interior de la misma Secretaría, que especifican la responsabilidad de definir el Sistema Nacional de Trasplantes (SNT) y evaluar la operación del mismo, así como coordinar un sistema estadístico nacional en el que se refleje el Estado de los trasplantes del país. Con el fenómeno de la descentralización, se estableció la creación de Consejos y Centros Estatales de Trasplantes en las entidades Federativas con la idea de compartir la responsabilidad en la materia.

2.3.2 El sexenio de Vicente Fox

“El proceso electoral del 2 de julio del 2002 fue de gran trascendencia para la vida política del país, dado que con él se cerró un siglo marcado, en su mayor parte, por el predominio de un partido único, el PRI, una de las dos piezas con que Cosío Villegas había descrito el funcionamiento del régimen político mexicano”.⁹¹

Conforme lo anunciaron las encuestas, El panista Vicente Fox Quesada, político y empresario, mexicano, gana las elecciones presidenciales en el año 2000 y con ello dio fin a una época, dando comienzo a otra. El inicio del nuevo régimen político, el Panismo.

2.3.2.1 Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006

El régimen panista, inicia con el Gobierno del Presidente Vicente Fox, el 30 de mayo de 2001 se publica en el Diario Oficial de la Federación el Plan Nacional de Desarrollo (PND) sobre el que se basa el plan de trabajo del gobierno.

En este documento, se refiere que en el marco de un buen gobierno, de una política exterior proactiva y de la vigencia plena del Estado de Derecho, este Plan Nacional incorpora la visión, la misión, los objetivos, las estrategias y los aspectos estructurales del desarrollo en el marco de las tres prioridades marcadas por los ciudadanos:

- Desarrollo social y humano,
- Crecimiento con calidad,
- Orden y respeto.

Se establece como condición fundamental: un diálogo abierto y permanente con los ciudadanos, con las agrupaciones políticas y sociales, con los otros poderes y ámbitos de gobierno, y con la sociedad en general.

⁹¹ Rives, Roberto, op. cit., nota 17 p. 406

La referencia de futuro, es la llamada “visión de futuro de México en el año 2025”.

Que según palabras textuales de dicho Plan Nacional, “puede sintetizarse así:

“México será una nación plenamente democrática con alta calidad de vida que habrá logrado reducir los desequilibrios sociales extremos y que ofrecerá a sus ciudadanos oportunidades de desarrollo humano integral y convivencia basadas en el respeto a la legalidad y en el ejercicio real de los derechos humanos. Será una nación dinámica, con liderazgo en el entorno mundial, con un crecimiento estable y competitivo y con un desarrollo incluyente y en equilibrio con el medio ambiente. Será una nación orgullosamente sustentada en sus raíces, pluriétnica y multicultural, con un profundo sentido de unidad nacional”.⁹²

De acuerdo con el índice 4.3. Del PND, se presume que los principios que sustentaron el Ejecutivo Federal, para el desarrollo de las funciones de la administración de ese sexenio, se apoya en tres postulados fundamentales:

- Humanismo
- Equidad
- Cambio

En cuatro criterios centrales para el desarrollo de la nación se presumen cuatro principios:

- Inclusión
- Sustentabilidad
- Competitividad
- Desarrollo regional

Y cinco normas básicas de acción gubernamental:

- Apego a la legalidad
- Gobernabilidad democrática
- Federalismo

⁹² Presidencia de la República, Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 30 de mayo de 2001 p. 25

- Transparencia
- Rendición de cuentas

Al respecto de la equidad se define que:

“Los ciudadanos son iguales ante la ley y deben tener las mismas oportunidades para desarrollarse, independientemente de sus diferencias económicas, de opinión política, de género, religiosas, de pertenencia étnica o preferencia sexual u otras. Esas diferencias no pueden, en ningún caso, utilizarse o invocarse para evitar que a todas las personas se les brinden las mismas oportunidades. La propia diversidad entre los individuos hará que cada uno de ellos opte por aprovechar o no ciertas oportunidades; lo que importa es que la sociedad las haya puesto a su disposición y haya mejorado su capacidad para aprovecharlas sin exclusiones”.⁹³

Para los fines de este trabajo, es importante describir el contenido del primer y segundo eje de la política de este gobierno, plasmado en el Plan Nacional de Desarrollo

El primer eje, de desarrollo social y humano que se refiere, precisamente, a los niveles de bienestar de los mexicanos, y “está orientado a evitar que existan grupos de la población mexicana cuyas condiciones de vida, oportunidades de superación personal y de participación social, se encuentren por debajo de ciertos umbrales”.⁹⁴

De acuerdo con lo que se explica, el objetivo consiste en romper el círculo vicioso de la pobreza, en todo el país, pero sobre todo en las comunidades indígenas geográficamente más aisladas, para lo cual plantea impulsar un crecimiento económico sostenido, al mismo tiempo invertir en el desarrollo social y humano.

El segundo eje de la política de desarrollo social y humano fue la equidad en los programas y la igualdad en las oportunidades. Que refiere que para reducir las desigualdades que más afectan a la población, los criterios que se seguirán para la

⁹³ *Ibíd.*, p. 27

⁹⁴ *Ibíd.*, p. 37

asignación de los recursos públicos estarán orientados a estimular e impulsar la superación del nivel de vida de los grupos y personas más vulnerables -los indígenas, los niños y ancianos, los discapacitados- y tomarán en cuenta las necesidades de otros sectores amplios -como las mujeres y los jóvenes-, sin perder de vista los programas de cobertura general que deberán ser atendidos.

Se plantean como indicador de los resultados del gobierno: la información sobre las oportunidades en el acceso a la salud, a la educación, al trabajo y en otros aspectos del ámbito social y humano que tengan distintos grupos de la población.

|

Las premisas del compromiso de este gobierno con la salud, de acuerdo con el Plan Nacional son:

- La buena salud como uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades.
- La salud es, junto con la educación, componente central del capital humano, que es el capital más importante de las naciones.
- se debe concebir la salud como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben perseguir, complementando las políticas de salud con políticas saludables

De acuerdo con este documento, llama la atención, el planteamiento de que “para mejorar la salud de los mexicanos es necesario democratizar la atención”,⁹⁵ y explica que debe ser el principio de ciudadanía el que defina tanto las reglas de acceso de la población a los servicios de salud como los mecanismos de participación de los mexicanos en las decisiones del sistema. Este principio indica que los servicios de salud no deben ser considerados una mercancía, un objeto de calidad o un privilegio, sino un derecho social. El texto dice:

⁹⁵ *Ibíd.*, p. 39

“El acceso a ellos, por lo tanto, debe ser universal, y las prioridades fijarse exclusivamente en función de las necesidades de las personas y la efectividad de las intervenciones”.⁹⁶

También refiere que implícitos en la democratización de la salud está la obligación de los servidores públicos de rendir cuentas y el derecho de los ciudadanos a exigirlos. Y finalmente refiere que:

“México debe contar con un sistema al que tengan acceso todos los mexicanos, independientemente de su capacidad de pago; que responda con calidad y respeto a sus necesidades y expectativas; que amplíe sus posibilidades de elección; que cuente con instancias sensibles y eficaces para la presentación de quejas, y con mecanismos de participación en la toma de decisiones”.⁹⁷

Finalmente rescataremos, que el programa plantea que para enfrentar cada uno de los retos antes señalados, la administración se planteó cuatro objetivos principales:

- ✓ Elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades.
- ✓ Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.
- ✓ Ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público.
- ✓ Fortalecer el sistema de salud.

Como podemos observar, hay un discurso constante de gobernabilidad democrática y de la salud como un derecho social que debe garantizar la equidad, sin embargo, en los hechos, los programas de acción, las reformas a la Ley alcanzadas en este sexenio y las políticas institucionales, muestran un enfoque de políticas neoliberales, en las que se comprende a la salud como un bien privado y su atención como un problema de costo-beneficio y de costo-efectividad.

⁹⁶ Ídem.

⁹⁷ Ídem.

2.3.2.2 Programa Nacional de Salud 2001-2006

Como es comprensible, El Programa Nacional de Salud 2001-2006 es congruente con las políticas marcadas en el plan Nacional de Desarrollo, por lo que está orientada en el discurso a la “Democratización de la Salud” y tiene como referencia de perspectiva, el proyecto del año 2025.⁹⁸

La visión anticipa la conformación de un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo. Donde todo mexicano tendrá acceso a un seguro de salud, independientemente de su capacidad de pago, su nivel de riesgo o su filiación laboral y vislumbra que este seguro, a su vez, le garantizará el acceso a servicios bajo un modelo integrado de atención a la salud.⁹⁹

Refiere específicamente que se atenderán de manera preferencial las necesidades de los grupos más vulnerables, con el objetivo de reducir las brechas en salud que pudieran existir entre los diferentes subgrupos de la población y donde las contribuciones serán proporcionales a la capacidad de Pago.

El planteamiento es que los servicios públicos y privados se ofrecerán serán de alta calidad técnica, deberán satisfacer las expectativas de los usuarios y serán proporcionados por prestadores bien capacitados. En ambientes dignos y bajo una cultura institucional que promueva el desarrollo profesional de los prestadores, la satisfacción de los usuarios y el respeto a los derechos humanos, incluyendo el derecho a la información. Se plantea que el financiamiento será solidario en el nivel nacional y estará basado en un *federalismo cooperativo*.

En congruencia con la visión y el Programa Nacional de Desarrollo, la Misión del Programa Nacional de salud 2001-2006 se plantea Contribuir a un desarrollo

⁹⁸ Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2001-2006 p. 73

⁹⁹ Ídem.

humano justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrecen oportunidades de avance profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos, y una amplia participación ciudadana.¹⁰⁰

Los objetivos del Plan Nacional de Salud, que se plantan, son los siguientes:

- ✓ Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos
- ✓ Abatir las desigualdades en salud
- ✓ Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud
- ✓ Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud
- ✓ Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas

Estos objetivos habrán de concretarse mediante la implantación de cinco estrategias sustantivas y cinco estrategias instrumentales:

- ✓ Vincular la salud con el desarrollo económico y social
- ✓ Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres
- ✓ Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades
- ✓ Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud
- ✓ Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población
- ✓ Construir un federalismo cooperativo en materia de salud
- ✓ Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud
- ✓ Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud
- ✓ Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención

¹⁰⁰ Cfr. *Ibíd.*, p. 77

- ✓ Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud ¹⁰¹

Dentro de este mapa conceptual, a la materia de trasplantes, le corresponde el objetivo de mejorar la condición de los mexicanos y la estrategia de reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres. Estos elementos fueron tomados para el diseño del Programa de Acción Trasplantes del sexenio correspondiente.

Vale la pena mencionar que al final del sexenio, los objetivos de conformar un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, no se lograron porque el problema de financiamiento en la salud aunado al desempleo, generó más demanda, menor cobertura, en consecuencia mayor rezago y mayor desigualdad.

2.3.3 El sexenio de Felipe Calderón

Felipe de Jesús Calderón Hinojosa, es miembro del Partido Acción Nacional, y presidente de México desde el 1o de diciembre de 2006, electo en los comicios del 2 de julio de 2006, su principal promesa de campaña fue la creación de más y mejores trabajos, razón por la que se autonombró "El presidente del empleo" y siendo de religión católica, se opone a la despenalización del aborto, a la eutanasia, y al matrimonio homosexual. Además propuso, políticas fiscales, mejoramiento de la recaudación y un amplio programa de empleo, siendo ésta su principal bandera.

2.3.3.1 Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

Al igual que en el sexenio anterior, en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 se imprime un enfoque de largo plazo a los objetivos nacionales, y pone su visión en la visión de México 2030 cuyo propósito es alcanzar el Desarrollo Humano Sustentable:

¹⁰¹ Cfr. *Ibidem*, p. 81

“Hacia el 2030, los mexicanos vemos a México como un país de leyes, donde nuestras familias y nuestro patrimonio están seguros, y podemos ejercer sin restricciones nuestras libertades y derechos; un país con una economía altamente competitiva que crece de manera dinámica y sostenida, generando empleos suficientes y bien remunerados; un país con igualdad de oportunidades para todos, donde los mexicanos ejercen plenamente sus derechos sociales y la pobreza se ha erradicado; un país con un desarrollo sustentable en el que existe una cultura de respeto y conservación del medio ambiente; una nación plenamente democrática en donde los gobernantes rinden cuentas claras a los ciudadanos, en el que los actores políticos trabajan de forma corresponsable y construyen acuerdos para impulsar el desarrollo permanente del país”.¹⁰²

El Desarrollo Humano Sustentable, que está considerado como principio rector del Plan Nacional de Desarrollo asume que:

“El propósito del desarrollo consiste en crear una atmósfera en que todos puedan aumentar su capacidad y las oportunidades puedan ampliarse para las generaciones presentes y futuras” ¹⁰³

Lo que significa asegurar, para todos los mexicanos, la satisfacción de sus necesidades fundamentales como la educación, la salud, la alimentación, la vivienda y la protección a sus derechos humanos, para que puedan vivir mejor y participar en las actividades productivas. Al igual que en el sexenio anterior, la gobernabilidad democrática es considerada como premisa básica para beneficiarse de la pluralidad y para que se alcancen los acuerdos necesarios para transformar la realidad y promover el desarrollo nacional.

El Plan Nacional de Desarrollo está organizado a través de cinco ejes de política pública:

1. Estado de Derecho y seguridad.
2. Economía competitiva y generadora de empleos

¹⁰² Presidencia de la República, Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 31 de mayo de 2007, cuarta sección, p. 4

¹⁰³ Ídem.

3. Igualdad de oportunidades
4. Sustentabilidad ambiental
5. Democracia efectiva y política exterior responsable

Al mismo tiempo, de los objetivos nacionales planteados, los relacionados con la salud y el tema de los trasplantes, es el objetivo cinco que plantea lo siguiente:

“Reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados los alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo tal y como lo establece la Constitución”.¹⁰⁴

En relación a los ejes de trabajo, el eje número 3 establece la igualdad de oportunidades, que pretende lograr el desarrollo humano y el bienestar de los mexicanos a través de la igualdad de oportunidades y la resolución de las graves diferencias que imperan en el país. El Plan busca que cada mexicano, en especial aquel que se encuentra en condiciones de pobreza- pueda tener las mismas oportunidades para desarrollar sus aspiraciones a plenitud y mejorar así sus condiciones de vida, sin menoscabo de las oportunidades de desarrollo de las futuras generaciones.

En la estrategia 7.1 se plantea consolidar un sistema integrado de salud para garantizar el acceso universal a servicios de alta calidad y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad, por lo que se considera necesario implementar una estrategia que permita superar la actual segmentación del sistema que se acerque cada vez más a la universalización, y refiere que esto permitirá

“proveer beneficios similares en las instituciones de salud, homogeneizar los niveles de calidad y establecer reglas que permitan la portabilidad geográfica e

¹⁰⁴ *Ibidem*, p.17

institucional de los beneficios. Para ello, se requieren una serie de reformas graduales que atiendan la realidad jurídica, laboral, económica y política”.¹⁰⁵

En la estrategia 7.2 se plantea consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a intervenciones esenciales de atención médica, a través de una política sustentable que garantice la cobertura efectiva en el control de las principales causas de daño a la salud y la atención sin excepciones a todos los pacientes, para lo cual se debe cuidar responsablemente el presupuesto, y reorientar los recursos hacia el abasto de medicinas y la cobertura de servicios hospitalarios.

Respecto al Sistema de Protección Social en Salud, creado en 2003, el reto de este gobierno, plasmado en este documento, es fortalecer este sistema para garantizar cobertura universal, atención primaria y de alta especialidad, pero como se reconoce que es un plan a varios años, se plantea empezar por los niños y a partir del 1 de diciembre de 2006, arranca el Seguro Médico para una Nueva Generación, que es en realidad, una nueva vertiente del Seguro Popular y que pretende garantizar que todos los niños tengan derecho a un seguro médico que cubra 100% de los servicios médicos que se prestan en los centros de salud de primer nivel y 95% de las acciones hospitalarias, así como los medicamentos asociados, consultas y tratamientos

En la estrategia 7.3 se plantea consolidar el financiamiento de los servicios de alta especialidad con un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos que garantice el acceso universal sin que afecte a su patrimonio personal eliminando las consecuencias de la selección adversa que actualmente castiga a los prestadores que ofrecen el mejor servicio y la cobertura más amplia al ser preferidos por los asegurados con mayor riesgo.

¹⁰⁵ *Ibidem*, p. 68

Es interesante observar nuevamente la referencia que se hace de la gobernabilidad democrática, la igualdad de oportunidades, la universalidad de la salud y sobre todo a la búsqueda de la integralidad del Sistema Nacional de Salud como estrategia de solución, sin embargo a la fecha no se ha conseguido la integralidad del sistema. Aunque a través del Seguro Popular y del Seguro Médico para una nueva Generación, se ha atendido a un mayor número de mexicanos, protegiéndolos de las consecuencias económicas de los gastos de la enfermedad, la realidad es que bajo el esquema del neoliberalismo, se sigue viendo la salud como un problema de mercado, medido a través del costo efectividad y costo-beneficio y proveyendo a los usuarios de servicios parciales a través de los paquetes de atención médica, en los que el tema de trasplantes de órganos y tejidos no está considerado.

2.3.3.2 Programa Nacional de Salud 2007-2012

En congruencia con el Plan Nacional de Desarrollo, la visión del Programa Nacional de Salud, está orientada a la visión 2030, en la que se ha planteado un Sistema Nacional de Salud: integrado, financiado predominantemente con recursos públicos, pero con la participación privada, que este regido por la Secretaría de Salud, que sea sustentable y que este centrado en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. El modelo de atención deberá ser flexible y diseñado a partir de la transición epidemiológica y demográfica por la que atraviese el país, y con fuertes vínculos intersectoriales.¹⁰⁶

Para caminar hacia esta visión la política de salud, para el sexenio 2007-2012, se programó a través de ejes que guíen los esfuerzos sectoriales.

- Dar énfasis a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades;
- Garantizar el aseguramiento universal, con el propósito de que cada mexicano tenga acceso a servicios integrales de salud;
- Garantizar que los bienes y servicios estén libres de riesgos sanitarios;

¹⁰⁶ Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2007-2012 pp. 73 - 77

- Suministrar oportunamente los medicamentos e insumos requeridos;
- Brindar una atención de calidad, con calidez y segura a toda la población,
- Fortalecer la infraestructura y el equipamiento médico para ofrecer a los pacientes una atención efectiva en sus lugares de origen.¹⁰⁷

Se plantea cinco objetivos en la atención de los retos en salud que enfrenta el país:

- Mejorar las condiciones de salud de la población
- Reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas
- Prestar servicios de salud con calidad y seguridad
- Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud
- Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo del país.¹⁰⁸

Al respecto de los objetivos en salud, el tema de la necesidad de las enfermedades que requieren como terapéutica de atención los trasplantes de órganos o tejidos, y la labor del Centro Nacional de Trasplantes así como el resto de los actores del Sistema Nacional de Trasplantes, descansa sobre el primer objetivo “Mejorar las condiciones de salud de la población mexicana”

Y de las diez estrategias generales que se han planteado para atender los objetivos planteados, como retos en el país, para el tema de trasplantes, las que impactan el trabajo de los actores del Sistema de Trasplantes son:

- Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios
- Fortalecer las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades
- Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos.
- Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios.¹⁰⁹

¹⁰⁷ *Ibidem*, p. 8

¹⁰⁸ *Ibidem*, p. 83

¹⁰⁹ *Ibidem*, p. 85

2.4 Antecedentes de regulación en materia de trasplantes

Aunque desde la década de 1950, se realizaron en México los primeros trasplantes, debido a que la actividad era escasa y aislada, la Secretaría de Salud, no estaba preparada para normar este tipo de procedimientos, que eran desconocidos, e indefinidos y que en muchos casos estaban en etapa experimental.

Al paso de los años, a nivel mundial el procedimiento de trasplante era cada vez más frecuente, más complejo y con mayores riesgos sanitarios. También en México, conforme se fortalecían las instituciones, se hacían cada vez más frecuentes el ejercicio de los trasplantes y la necesidad de regular se hacía más apremiante, por ese motivo, *“el 13 de marzo de 1973, en el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación, se estableció en el Título X, las bases para que la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia ejerciera la normatividad y el control sanitario sobre los actos de disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.”*¹¹⁰

Posteriormente *“El 25 de octubre de 1976 se publica en el Diario Oficial de la Federación, el Reglamento Federal para la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos”*¹¹¹ mediante el cual se establece el Consejo Nacional de Trasplantes como un cuerpo colegiado y especializado en la materia y el Registro Nacional de Trasplantes como una coordinación para todas las actividades relacionadas con la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

El 7 de febrero de 1984, se publica en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud (LGS), y entonces se derogó el Código Sanitario. La LGS en su título XIV, confirmó y amplió los lineamientos necesarios para un mejor control

¹¹⁰ Matuk, Verónica, Reporte de trabajo, que presenta para obtener el título de Licenciatura en Biología, UNAM, 2011, p. 15 (las comillas son de la autora)

¹¹¹ Ídem.

sanitario sobre los actos de disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

En 1989, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en el que se señalan las atribuciones de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, entre las que destacan las de control y vigilancia sanitaria de la Disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

En las reformas realizadas a la Ley General de Salud que se publicaron en el Diario Oficial de la Federación el 14 de agosto de 1991, en el artículo 313 se estableció que le corresponde a la Secretaría de Salud ejercer el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos, células y cadáveres de seres humanos, teniendo a su cargo para tal efecto el Registro Nacional de Trasplantes.

“Entre los años 1991 y 1994 se establecieron los convenios de colaboración entre la Secretaría de Salud y los Gobiernos Estatales con objeto de llevar a cabo, en el ámbito estatal, el Programa Nacional de Trasplantes y en el año de 1996 el Registro Nacional de Trasplantes pasa a formar parte de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud”¹¹²

El 7 de mayo de 1997 se llevó a cabo la tercera modificación a la Ley General de Salud en su título XIV, estableciendo como atribuciones el Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos, Células y Cadáveres de Seres Humanos.

En enero de 1999 por Acuerdo Presidencial se crea el Consejo Nacional de Trasplantes (Conatra), como una Comisión Intersecretarial de la administración pública federal con objeto de promover, apoyar y coordinar las acciones en materia de trasplantes, que realizan las instituciones de salud de los sectores público, social y privado.

¹¹² *Ibidem*, p. 18

El Centro Nacional de Trasplantes (Cenatra) fue creado como un órgano desconcentrado¹¹³ de la Secretaría de Salud el 26 de mayo del 2000, a través de la modificación del Título XIV “Donación, Trasplantes y Pérdida de la Vida” de la Ley General de Salud, en el artículo 313 que señalaba al Centro Nacional de Trasplantes como responsable de la vigilancia y el control sanitario de los procesos de donación, trasplante y de la utilización de cadáveres de seres humanos con fines de docencia e investigación. Inicia sus operaciones formales en enero del 2001, dependiente de la Subsecretaría de Relaciones Institucionales de la Secretaría de Salud, asumiendo funciones relacionadas con el diseño e instrumentación de las Políticas Públicas en relación a la donación y los trasplantes en México.

A lo largo del sexenio presidencial de Vicente Fox, con la publicación del “Programa de Acción Trasplantes, en el que las actividades prioritarias fueron las siguientes: “Registrar a las personas que requerían de un trasplante, a los establecimientos hospitalarios y su actividad en relación a las donaciones de órganos y tejidos, los trasplantes realizados y su evolución, además del fomento a la cultura de donación de órganos y tejidos”¹¹⁴

El 20 de junio de 2003, las atribuciones relacionadas con el control sanitario de la donación y los trasplantes fueron transferidas a la Comisión Federal de Protección de Riesgos Sanitarios.

El Centro Nacional de Trasplantes en el año 2003, queda dependiente de la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y aún conserva la responsabilidad de organizar, diseñar e

¹¹³ La desconcentración consiste en la delegación que hacen autoridades superiores en favor de órganos que están subordinados a ellas, para la más eficaz atención y eficiente despacho de los asuntos de su competencia. Los órganos desconcentrados no tienen personalidad jurídica ni patrimonio propio, jerárquicamente están subordinados a las dependencias de la administración pública a que pertenecen, y sus facultades son específicas para resolver sobre la materia y ámbito territorial que se determine en cada caso por la ley.

¹¹⁴ Programa de Acción Trasplantes, Secretaría de Salud, 2002

instrumentar un subsistema que incremente el acceso de la población a los trasplantes.

En el año 2005, la LGS, sufre cambios importantes, en materia de trasplantes, permitiendo que se realice la donación entre vivos entre donadores no relacionados por vía consanguínea, parentesco civil.

En el sexenio de Felipe Calderón, se han realizado dos reformas a la LGS, relacionadas con la donación y los trasplantes, la última reforma se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 01 de mayo del 2011 y una de sus mayores aportaciones fue el fortalecimiento de los “Comités internos de donación o trasplante de órganos”¹¹⁵ para la toma de decisiones en la distribución y asignación de los órganos y tejidos, así como la introducción de la figura del coordinador hospitalario de donación de órganos y tejidos.

Para fortalecer el ámbito de la regulación en la distribución y asignación de órganos y tejidos, el día jueves 23 de abril de 2009, mediante acuerdo publicado en el diario oficial de la federación, se establecen los “Lineamientos para la asignación y distribución de órganos y tejidos de cadáveres de seres humanos para trasplantes”, los cuales han creado controversia entre grupos de interés médico y de organizaciones no gubernamentales.

2.5 Lineamientos de distribución y asignación de los órganos

El Centro Nacional de Trasplantes, se concibió, como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con atribuciones señaladas en el art. 44 del Reglamento Interior de la misma Secretaría, que especifican la responsabilidad de definir el Sistema Nacional de Trasplantes (SNT) y evaluar la operación del mismo, así como

¹¹⁵ El comité Interno, es un cuerpo colegiado, que regula las actividades de donación y trasplante dentro del hospital, con base en criterios clínicos, éticos y legales. El presidente del Comité, es el Responsable Sanitario de la unidad.

coordinar un sistema estadístico nacional en el que se refleje el Estado de los trasplantes del país.¹¹⁶

El sistema Nacional de trasplantes (SNT) es en realidad un subsistema del Sistema Nacional de Salud, vinculado a la organización y estructura de las instituciones del sector, tanto de seguridad social, público y privado, que proveen los servicios de diagnóstico y tratamiento a pacientes con necesidades de trasplante de órganos o tejidos.

El sistema de registro de pacientes en espera de un órgano o tejido de donador cadavérico, que administra el CENATRA, hoy en día, existen más de 15,000 pacientes registrados, sin embargo, se debe aclarar que no representan el total de las personas que requieren un trasplante, ya que por diversas razones, los pacientes no acceden a la atención del tercer nivel de atención o aun estando ya en servicios de diálisis, por ejemplo, la institución no los da de alta en el sistema, ya sea por razones clínicas o administrativas.

Respecto a los que ya están registrados, muchos de ellos mueren sin éxito en la espera, y muchos otros mueren sin la oportunidad de acceso incluso a los servicios de salud. .

Para los casos de donación entre vivos, cuando se logra conseguir a un donador compatible y dispuesto, el tiempo de espera se acorta. En este caso, la tarea es confirmar que no exista ánimo de lucro en el donador, y que se cumplan los criterios clínicos, administrativos y legales. En estos casos, la definición del receptor está dada desde el inicio y por lo tanto, no aplican criterios de distribución

Cuando se trata de donadores fallecidos, la distribución de los órganos se da bajo los principios mencionados en la LGS, que al respecto señalan en el art. 336 que “para la asignación de los órganos y tejidos de donador no vivo, se tomará en cuenta la gravedad del receptor, la oportunidad del trasplante, los beneficios

¹¹⁶ Congreso de la Unión, Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación, 02-02-2010. p. 72

esperados, la compatibilidad con el receptor y demás criterios médicos aceptados, así como la ubicación hospitalaria e institucional del donador”.¹¹⁷

Estos aspectos se complementan con el art. 339 de la misma LGS, en el que se establece que “la distribución y asignación de órganos, tejidos y células en el país, de donadores con pérdida de la vida para trasplante, deberá sujetarse a los criterios y procedimientos emitidos por el Centro Nacional de Trasplantes”.¹¹⁸

En ese mismo sentido, mediante el Acuerdo publicado en el diario oficial de la federación el día jueves 23 de abril de 2009, se establecen los “Lineamientos para la asignación y distribución de órganos y tejidos de cadáveres de seres humanos para trasplantes”

En este documento se señala que la “*Asignación* es el proceso mediante el cual en base a criterios médicos y legales se selecciona a las instituciones y a los pacientes receptores de órganos o tejido”. Por otro lado, la “*Distribución*: se considera como el uso de órganos y tejidos obtenidos dentro del hospital donde se lleva a cabo la donación, así como su envío a otros establecimientos de salud”.¹¹⁹

El problema comienza cuando se tienen que definir los criterios para elegir el establecimiento al que han de enviarse los órganos o tejidos obtenidos. Los especialistas en trasplante, preferirían recibir el órgano o tejido en un hospital privado, ya que de la cirugía realizada a un paciente particular, obtendrían mayor ganancia que si hacen la misma cirugía a un paciente de un Hospital Público.

Para resolver este conflicto, en el octavo lineamiento, del acuerdo referido, se establece que la distribución de órganos y tejidos entre establecimientos de salud,

¹¹⁷ Congreso de la Unión, op.cit., nota 72, art. 336, p. 105

¹¹⁸ *Ibíd*em, art. 339, p. 106

¹¹⁹ Congreso de la Unión, *Lineamientos para la asignación y distribución de órganos y tejidos de cadáveres de seres humanos para trasplante*. Publicado en el Diario Oficial, 23- 04-2009, sección 1 p.42

en caso de no urgencia (lo que se refiere a una condición poco común) se hará tomando en cuenta los siguientes criterios:

- I. Al establecimiento de salud en donde se lleve a cabo la donación;
- II. A la institución a la que pertenezca dicho establecimiento de salud, para lo cual las coordinaciones institucionales intervendrán en la distribución de los órganos y tejidos obtenidos.
- III. A la entidad federativa, independientemente del establecimiento de salud, de que se trate;
- IV. A las regiones establecidas, y (*En el mismo documento se definen tres regiones geográficas en el territorio nacional*)
- V. A cualquier institución a nivel nacional”.¹²⁰

Cuando hablamos de regiones, en el lineamiento cuarto, de este reglamento, se definen los Estados de la República Mexicana, que integran cada una de las tres regiones del país, sobre los que se sugiere que se realicen los acuerdos para la Distribución de los órganos o tejidos obtenidos que no puedan ser colocados a pacientes del hospital procurador. Las regiones señaladas están integradas de la siguiente manera:

I. Región 1: Distrito Federal, Estado de México, Hidalgo, Querétaro, Morelos, Guerrero, Puebla, Veracruz, Tlaxcala, Oaxaca, Tabasco, Chiapas, Campeche, Yucatán y Quintana Roo.

II. Región 2: Jalisco, Aguascalientes, Colima, Sinaloa, San Luís Potosí, Guanajuato, Michoacán, Zacatecas, Nayarit, Sonora, Baja California y Baja California Sur, y

III. Región 3: Nuevo León, Tamaulipas, Coahuila, Chihuahua y Durango¹²¹

¹²⁰ *Ibíd*em, p. 43

¹²¹ *Ibíd*em, p. 44

Cuando analizamos los estados de la República que conforman las regiones y revisamos el nivel de acceso a la salud y la productividad de cada uno de los Estados tiene en materia de donación y trasplante de órganos, observaremos que los Estados de las regiones 2 y 3, tienen más actividad que los Estados de la región 1, que con excepción del Distrito Federal y el Estado de México, se trata en general de Estados de la República con grandes problemas de pobreza y rezago en el acceso a la salud, y que por supuesto su actividad en donación y trasplantes es muy baja. En ese sentido la posibilidad de que se dé la distribución de órganos o tejidos procurados entre servicios hospitalarios o de que se le asigne a un paciente que lo requiera, es menos probable ya de por sí.

Por otro lado, en el lineamiento noveno, se establece que el Centro Nacional de Trasplantes supervisará y dará seguimiento dentro del ámbito de su competencia a los procedimientos de distribución y asignación de órganos, tejidos y células en el país, establecidos en el acuerdo, mismos que deberán ser acatados por los Centros Estatales de Trasplantes, sin embargo, las autoridades estatales tienen oportunidad de promover la distribución en su territorio, cuando, el numeral III del octavo lineamiento, favorece que cuando se pueda quedar en el Estado, así deberá independientemente de las instituciones.

Sin embargo, atendiendo al numeral II de los lineamientos en el que se le da prioridad a las instituciones, cuando estas tienen representación nacional, como es el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que además es un mayor productor, este tratará de trasladar con sus recursos, los órganos o tejidos de que disponga, a cualquier parte del país, sin dar oportunidad a otras instituciones estatales o mucho menos a la región.

Visto de manera simple, se observa lógico y correcto el procedimiento, sin embargo, estos bien intencionados mecanismos de distribución, enfrentan una diversidad de conflictos de interés “legítimo” por la competencia que surge entre

las instituciones con representación nacional como el caso mencionado del IMSS, y los Servicios de Salud Estatal.

Es decir, si el IMSS procura un órgano en una unidad médica ubicada en algún Estado de la República, y no es posible colocarlo a un asegurado o derechohabiente de ese estado, tratará, en principio de trasladarlo a otra unidad médica fuera de la entidad, mientras que los servicios de Salud Estatales, pretenden que los órganos que se procuran en ese Estado, siempre que sea compatible, se utilicen en beneficio de la población del mismo.

La LGS y los lineamientos del Cenatra para la distribución, privilegian a las instituciones, sobre las entidades Federativas, atendiendo a diversos factores de orden económico (por el costo de la procuración que eroga la unidad procuradora), y de logística

Sin embargo, no se puede dejar de hacer notar que al final, las posibilidades que tiene un paciente asegurado o derechohabiente de las instituciones de Seguridad social, son mayores sobre las que tiene un paciente de los servicios de salud público, porque la actividad en estas últimas, es menor a nivel nacional y porque en razón de las desventajas de cobertura de la atención que le proporciona la institución pública, no puede garantizar el tratamiento postquirúrgico y en consecuencia deja de ser candidato al trasplante ya sea por falta de oportunidad del evento de donación, o por la falta de factibilidad. Entonces se presenta un problema de equidad, en aras de la fragmentación del Sistema Nacional de Salud que afecta potencialmente a un número importante de la población.

2.6 Lineamientos internacionales para donación y trasplante

Dentro de la política internacional, el Estado Mexicano se ha caracterizado por formar parte de organismos internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas (OMS), la Organización de Estados Americanos (OEA) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), entre otros.

En el ámbito de la Salud, tenemos representación en organismos internacionales como la Organización Mundial de la salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La OMS, desarrollo como propuesta, “Los Principios rectores sobre Trasplante de Órganos Humanos”, desde el año 1991, en la resolución WHA44.25, la 44ª Asamblea Mundial de la Salud, mismos que fueron revisados y actualizados en el año 2004, teniendo en cuenta los avances médicos y científicos en materia de trasplantes, así como la evolución de las prácticas y percepciones en relación con los trasplantes de órganos y tejidos.¹²²

La OMS reconoce que el hecho de que haya pocos países que se acerquen a la autosuficiencia con respecto al suministro de células, tejidos y órganos para trasplante, ha estimulado la búsqueda de formas de incrementar la donación de material humano para trasplante; entre las soluciones encontradas está una dependencia creciente de la donación de órganos por personas vivas, de parientes o no y el crecimiento del “turismo de trasplantes, así como el uso de medios de comunicación, entre ellos internet, para invitar abiertamente a los pacientes a que viajen al extranjero para recibir trasplantes, con todos los costos del donante incluidos.

¹²² Organización Mundial de la Salud, *Trasplante de órganos y tejidos humanos, informe de la secretaria*, Consejo Ejecutivo, 123ª reunión EB 123/5, 18 de abril, 2004.

También está el caso de la explotación de las personas que abandonan sus países de origen en busca de recompensas económicas por la donación de sus riñones. Con el fin de obtener un acceso fácil a órganos, algunos países ricos fomentan el trasplante fuera de sus fronteras, lo cual implica invariablemente la compra de órganos a los pobres, aunque el comercio de órganos esté prohibido en los países ricos en cuestión. La experiencia mundial demuestra que el comercio en este ámbito evoluciona de un mercado de órganos hacia un mercado de personas en el que, de forma manifiesta o encubierta, se explotan las personas pobres y vulnerables.

La propuesta de los Principios Rectores revisados en el año 2004, atiende las necesidades de los receptores, protegiendo a los donantes y garantizando la dignidad de todos los implicados. Para el caso de donantes entre vivos, pide que se prohíba el pago o cobro de dinero por células, tejidos u órganos, así como cualquier otro trato comercial en esta esfera. Pero acepta los pagos legítimos, tales como el reembolso de los gastos (como los generados por la asistencia médica a la donación) y pérdidas (por ejemplo, los salarios perdidos) o la recuperación de los costos generados en la adquisición, procesamiento, almacenamiento, distribución e implantación de células, tejidos u órganos.

En la revisión de los principios rectores se puede observar que se da especial atención a la protección de los menores y de otras personas vulnerables frente a la coacción y a la inducción indebida a la donación de células, tejidos u órganos.

Con la última revisión de estos principios, se incorporó, en beneficio de los receptores, el compromiso con la seguridad, calidad y eficacia de los procesos de donación y trasplante, así como del material humano utilizado. También se exige transparencia en la organización y ejecución de las actividades de donación y trasplante, con el fin de facilitar la necesaria supervisión técnica y fomentar la confianza del público.

Por la importancia que ha desarrollado el tema de turismo de trasplantes en los últimos años, y en el reconocimiento de que el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes violan los principios de igualdad, justicia y respeto de la dignidad humana y que por lo tanto deberían prohibirse, en el año 2008, se celebró en Estambul, una cumbre en la que se reunieron más de 150 representantes de organismos médicos y científicos de todo el mundo, oficiales de gobierno, científicos sociales y éticistas, se generó un documento que hoy conocemos como “La Declaración de Estambul sobre el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes” , que está basada en los once principios rectores de la OMS, sobre el tema.

En este documento se define la “comercialización de trasplantes” como:

“una política o práctica en la que un órgano se trata como una mercancía, incluida la compra, venta o utilización para conseguir beneficios materiales”. que además está ligado al llamado “El viaje para trasplantes”, que en el mismo documento está definido como el traslado de órganos, donantes, receptores o profesionales del trasplante fuera de las fronteras jurisdiccionales dirigido a realizar un trasplante. Como se explica en el documento, El viaje para trasplantes se convierte en turismo de trasplantes cuando “implica el tráfico de órganos o la comercialización de trasplantes, o si los recursos (órganos, profesionales y centros de trasplantes) dedicados a suministrar trasplantes a pacientes de otro país debilitan la capacidad del país de ofrecer servicios de trasplantes a su propia población”.¹²³

Los principios que se exponen en la resolución de la Declaración de Estambul, esencialmente son los siguientes:

- Se propone que los gobiernos desarrollen e implementen programas integrales para la revisión, prevención y tratamiento de la insuficiencia orgánica.

¹²³ Declaración de Estambul sobre el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes. Cumbre internacional sobre turismo de trasplantes y tráfico de órganos convocada por la Sociedad de trasplantes y la Sociedad internacional de nefrología en Estambul, Turquía, del 30 de abril al 2 de mayo de 2008

- Se Propone cada país desarrolle e implemente legislación que regule la recuperación de órganos de donantes vivos y fallecidos y la práctica del trasplante, de acuerdo con la normativa internacional.
- Se propone que los países desarrollen e implementen las políticas y procedimientos para maximizar el número de órganos disponibles para trasplantes.
- Aludiendo a la equidad en la distribución de los órganos, se propone que los órganos para trasplantes sean repartidos equitativamente en los países o jurisdicciones para los receptores adecuados, independientemente del sexo, el grupo étnico, la religión o la posición social o económica.
- Ante la tendencia a la retribución económica del acto de la donación, se propone que las compensaciones económicas o ganancias materiales de cualquiera de las partes no deben afectar al cumplimiento de las reglas de distribución.¹²⁴
- A fin de evitar el turismo de trasplante propone que los países y las regiones busquen la autosuficiencia en la donación de órganos suministrando un número suficiente de órganos procedentes del país a los residentes que lo necesiten o a través de la cooperación regional y que una vez lograda la autosuficiencia, puede participar en colaboraciones entre países pero siempre que se proteja a los vulnerables, promueva la igualdad entre población de donantes y receptores.
- Se sugiere que se debería incluir la prohibición de todo tipo de anuncios (incluido el soporte electrónico e impreso), solicitudes o mediaciones que se dirijan la comercialización de trasplantes, el tráfico de órganos o el turismo de trasplantes.
- Finalmente se afirma que las prácticas que induzcan a los grupos o individuos vulnerables (como las personas analfabetas y con pocos recursos económicos, los inmigrantes indocumentados, los presos y los refugiados políticos o económicos) a ser donantes vivos son incompatibles con el objetivo de combatir el tráfico de órganos y el turismo y la comercialización de trasplantes.

¹²⁴ Cfr. *Ibíd.*, pp. 2-6

Finalmente, debemos señalar que México, forma parte de la Red Iberoamericana de Donación y Trasplante, formada en el año 2005, que con el reconocimiento de la OMS y el liderazgo de la Organización Nacional de Trasplantes de España, se reúnen dos veces al año para generar alternativas de apoyo, buscar la homogenización de criterios.

Con base en los Principios rectores de la OMS, y la Declaración de Estambul, a finales del año 2008, La Red Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante, generó una Declaración de Rechazo al Turismo de Trasplantes en Latinoamérica.

En México, la normatividad plasmada en la Ley General de Salud, y los “Lineamientos para la asignación y distribución de órganos y tejidos de cadáveres de seres humanos para trasplantes” emitidos a través del Acuerdo, publicado en el diario oficial de la federación el día jueves 23 de abril de 2009, esta acorde con los principios rectores de la OMS y la Declaración de Estambul, pero aún tiene que mejorar, para especificar normativas relacionadas con el turismo de trasplante y la mejora en las practicas del trasplante, en beneficio de la población más vulnerable del proceso.

3. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD COMO BASE DEL SUBSISTEMA DE TRASPLANTES

3.1 Descentralización de los servicios de salud en México

De acuerdo con José Juan Sánchez González, en las tres últimas décadas del siglo XX, los gobiernos en el mundo, iniciaron procesos de transformación en la administración pública y pueden ser entendidas en tres etapas.¹²⁵

La primera etapa, dio inicio en la década de 1970 con reformas administrativas, que pusieron énfasis en la planeación, programación y presupuestación y que difundieron técnicas de organización y método.

La segunda etapa fue en la década de 1980, en la que como respuesta a la crisis y recesión económica mundial, se da prioridad al redimensionamiento del aparato gubernamental; achicamiento de la administración pública, procesos de privatización de empresas públicas a gran escala, políticas de desregulación económica; apertura comercial y liberación de los mercados.

La tercera etapa se inicia en la década de de 1990. En esta etapa se implementan medidas del paradigma de la Nueva Gestión Pública. En este caso, se da énfasis a la reducción del sector público, de los recursos y la influencia; y entre otros aspectos se busca la descentralización efectiva de las organizaciones públicas.

En México, dentro de la administración pública, el primer programa de modernización realizado como política gubernamental es el de descentralización, que comienza con Los gobiernos de Luis Echeverría (1970 – 1976) y José López

¹²⁵ Sánchez, José; *Reforma modernización e innovación en la historia de la administración pública en México*; 2ª edición, México Porrua-IAP Quintana Roo, México 2005, pp. 12- 13

Portillo (1976 – 1982), pero el impulso más importante para la descentralización, se dio durante la gestión de Miguel de la Madrid.

El Doctor José Juan Sánchez González, explica que desde la campaña electoral de Miguel de la Madrid, hubo mayor demanda para la descentralización de los recursos y las decisiones de los estados y municipios, con la finalidad de que participaran de manera más equilibrada en el ejercicio de las funciones públicas y en los beneficios del desarrollo.¹²⁶

Las acciones para la descentralización en el gobierno de Miguel de la Madrid, se enmarcaron en cuatro grandes vertientes:

- 1) Reforma municipal
- 2) Desarrollo regional
- 3) Descentralización educativa
- 4) Descentralización de los servicios de salud

Para el desarrollo de este trabajo, es importante analizar el proceso de descentralización de los servicios de salud en México, considerando que el Sub Sistema Nacional de Trasplantes, descansa en la organización e infraestructura del Sistema Nacional de Salud y en consecuencia, hereda los problemas para alcanzar con eficacia el cumplimiento de sus fines.

En marzo de 1984, se publicó en el diario oficial de la Federación, el decreto por el que “se descentralizan a los estados los servicios de salud que presta la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y los que proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el programa de Solidaridad Social con participación comunitaria denominada IMSS- Coplamar”.¹²⁷

¹²⁶ *Ibidem*, p.343

¹²⁷ *Ibidem*, p. 354

En ese año, se firmaron los acuerdos de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud a Población Abierta, entre el gobierno federal y los gobiernos de las 31 entidades federativas y del Distrito Federal (según el Convenio Único de Desarrollo).

Según lo explica el Doctor. José Juan Sánchez González, “La descentralización del sector salud comprendió la desconcentración y la descentralización propiamente dichas” ¹²⁸. La primera fue aplicada por todas las instituciones del sector, en particular las de seguridad social. La segunda se realizó en los sistemas de atención a la población abierta de la SSA (los que no tienen derecho al Seguro Social y no tienen condiciones para pagar una atención privada) y el programa IMSS-Coplamar, así como la coordinación programática de los servicios de salud a cargo de los gobiernos de las entidades federativas y del Distrito Federal. Asimismo, el 1º de septiembre de 1984 entró en vigor un acuerdo expedido por el titular de la SSA, “por el que se desconcentran facultades a los Servicios Coordinados de Salud Pública en las entidades federativas, órganos desconcentrado por territorio, de competencia coordinada, con el propósito de darles mayor autonomía para operar los servicios de salud y atender la salud de la población.

La Doctora Myriam Cardozo Brum señala que “El proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta enfrentó diversos problemas, afectando los resultados esperados, debido a que la descentralización preveía un incremento relativo de las aportaciones estatales de los servicios de salud. Sin embargo, no se hizo una reforma a la legislación fiscal que permitiera a los Estados contar con mayores recursos propios, por lo que mostraron, en 1987 mayor dependencia de recursos federales, además iniciaron el proceso en plena crisis económica del país y el limitado financiamiento provocó restricciones en el adecuado crecimiento de los

¹²⁸ *Ibíd.*, p. 354

recursos físicos y humanos, y los problemas de falta de voluntad política de los gobiernos de los Estados”.¹²⁹

La Dra. Cardozo explica que las dificultades enfrentadas sobre todo en el ámbito financiero, significó dificultades para alcanzar la equidad en la distribución de servicios, a las poblaciones más necesitadas, en todos los estados que participaban de la descentralización en esa etapa.

Es importante referir que el proceso de descentralización se estancó durante el gobierno salinista, pero logró concluirse en el gobierno de Ernesto Zedillo (1994-2000).

La descentralización representan una etapa fundamental para la conformación del modelo operativo del Sistema Nacional de Salud Mexicano y distingue dos ámbitos: el normativo, a cargo de la Secretaría de Salud; y el operativo a cargo de los servicios estatales de salud y de las instituciones federales prestadoras de servicios.

Cabe aclarar que la descentralización de la infraestructura médica, no incluyó a los hospitales de tercer nivel de atención (alta especialidad) así como Los Institutos Nacionales de Salud, estos fueron conservados por el nivel federal, limitando de esta manera, la capacidad de resolución de las entidades, en actividades quirúrgicas de alta especialidad, circunstancia que atañe a la materia de trasplantes, por el nivel de especialización que requieren estos procedimientos, a pesar de que en los últimos años han crecido en infraestructura los servicios estatales de salud y la propia federación ha colocado Hospitales de Alta Especialidad en diferentes estados que aunque están bajo la administración federal, atiende a la población estatal.¹³⁰

¹²⁹ Cardozo, Myriam, “La descentralización de servicios de salud en México: hacia la amnesia total o hacia la resurrección de la política”, pp. 378-385, en *Gestión y Política Pública*, vol II, num. 2, julio-diciembre de 1993 http://aleph.academica.mx/jspui/bitstream/56789/11615/1/DOCT2064261_ARTICULO_6-VOLIINUM2.PDF

¹³⁰ Sánchez, José, op. cit., nota 125 p. 358

La tarea normativa de la Secretaría de Salud, se refleja de igual manera en el ámbito de las reglas para la distribución de los órganos y tejidos que se obtienen, en el territorio nacional, como se verá más adelante, pese al interés de los funcionarios de los servicios de salud estatales por coordinar la distribución, en sus estados o regiones, están obligados a seguir la norma nacional que intenta empatar los intereses entre las instituciones y los servicios estatales.

3.2 Descripción del Sistema Nacional de Salud Mexicano

“El discurso oficial sostiene que el principal problema de la sociedad mexicana es la inequidad, varios sostenemos que el principal problema es la estructura social”

Eibesuchutz y Vilar

Hoy en día, sabemos que no es posible construir un futuro sustentable para la humanidad sin preocuparse de la salud pública, porque la salud representa una forma de mantener el capital humano en todas las sociedades, identificándose como un factor fundamental para el desarrollo económico y social.

De acuerdo con la opinión de Catalina Eibesuchutz y Eugenia Vilar, (investigadoras de la UAM Xochimilco) “Las funciones de un Sistema Nacional de Salud en su conjunto, son proteger y resolver los problemas de salud–enfermedad de la población, además de cumplir con funciones de carácter social y económico que suelen ser importantes para definir la política y que se definen como funciones para (a) legitimar el Estado, (b) legitimar la estructura social, (c) reproducir relaciones de poder, (d) ampliar mercados, (e) estimular el ciclo económico y (f) pacificar a la sociedad”.¹³¹

¹³¹ Eibesuchutz, Catalina y Vilar, Eugenia, “Políticas sanitarias. Historia, situación actual y propuestas de cambios” Derechos y políticas sociales, *Agenda para el desarrollo*, Volumen 12, México, Porrúa, 2007 pp. 193-195

En sentido de proteger y resolver la salud de la población, los sistemas de salud en el mundo, han logrado un notable aumento de la esperanza de vida durante el siglo XX, han contribuido a mejorar la salud y han influido en la vida y el bienestar de miles de millones de hombres, mujeres y niños en todo el mundo. Por eso, su función, en condiciones de equidad local y mundial, se ha tornado cada vez más importante.

Desafortunadamente, subsisten diferencias entre el potencial de los sistemas de salud y su desempeño real, por lo que se observan demasiadas discrepancias en los resultados entre algunos Países que parecen tener los mismos recursos y probabilidades. Uno de los mayores retos es la implantación de mecanismos efectivos, equitativos y sustentables para financiar los servicios de salud.

Desde la perspectiva ética, los sistemas de salud pueden clasificarse en tres grupos:

1. Sistemas que consideran la salud como un bien social que debe estar a disposición de todos los miembros de la sociedad, bajo los mismos términos de acceso, financiamiento y calidad. Un buen ejemplo de este tipo de sistemas es el canadiense.
2. Los sistemas que consideran la salud como un bien social de manera que se cubra un conjunto de beneficios esenciales para todos los miembros de la sociedad bajo los mismo términos de acceso, financiamiento y calidad, y permitiendo que los grupos sociales con mayores recursos económicos adquieran cobertura complementaria. La mayoría de los sistemas de los países de Europa Occidental se encuentran en este grupo.
3. Los sistemas que consideran a la salud como un bien de consumo privado. Por lo tanto el acceso, el financiamiento y la calidad de este bien varía con el nivel socioeconómico de los miembros de la sociedad. El sistema de salud en los Estados Unidos es el ejemplo clásico de este grupo.

Cada uno de estos grupos tiene características específicas respecto al acceso, financiamiento y calidad, ya que responden a la percepción sobre el valor que tiene la salud para la sociedad de los distintos países.

En cuanto a la organización, los sistemas de salud de la mayoría de los países de América Latina se componen por tres subsistemas, la Seguridad Social, los servicios públicos y los servicios privados, que presentan distintos grados de desarrollo según el país de que se trate.

En México, Con la llamada Reforma Sanitaria, el Sistema Nacional de Salud responde también a este modelo de organización de tres subsistemas (Seguridad Social, Público y privado) que han mantenido un desarrollo por separado, con la consecuente fragmentación del sistema de salud.

La Ley General de Salud establece en el artículo 5º del capítulo I, del Título segundo:

“El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración pública , tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud”.¹³²

En la década de 1940, se establece la estructura actual del sistema de salud “con una variedad de instituciones que atendían de manera exclusiva a diversos grupos, con base en su perfil ocupacional o su situación económica” ¹³³

En enero de 1943, se establece la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, con una concepción asistencial, para atender principalmente a los mexicanos de escasos recursos y en el mismo año se funda el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que ofrece un conjunto de prestaciones económicas (pensiones, invalidez y

¹³² Congreso de la Unión, op.cit. nota 72, art. 5º, cap. I, título segundo, p.4

¹³³ Secretaría de Salud, *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud, México*, 2005, Secretaría de Salud de México para la edición en Español. P.22

muerte) y en especie (atención de enfermedades y maternidad) a los trabajadores asalariados de la economía formal.

Así el sistema de salud nació dividido al separar a la población entre aquellos que tenían derechos sociales perfectamente definidos a quienes llamó “derechohabientes” y aquellos que eran sujetos de la acción derecho asistencial del Estado, a quienes eventualmente se les denominó “población abierta”.¹³⁴

El Dr. Julio Frenk, Secretario de Salud en el gobierno de Vicente Fox, refiere que desde sus orígenes

“el sistema mexicano de salud ha estado organizado con base en un modelo segmentado, predominante en América Latina, marcado por la separación del derecho a la atención a la salud entre los asegurados del sector asalariado y formal de economía y los no asegurados. Cada segmento de la población recibe los servicios de salud a través de instituciones integradas verticalmente, cada una de las cuales es responsable de la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios sólo para ese grupo de población”.¹³⁵

Según Frenk, también se formuló la misma división de origen entre la seguridad social y los servidores públicos, debido a que se crearon en paralelo otras instituciones de seguridad social. Entre ellas, cabe mencionar la creación, en 1960, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que ofrece cobertura en salud para los trabajadores de la salud administración pública federal, y en el año de 1988 se incorporaron al sistema de atención, los servicios de salud para los trabajadores del Instituto Mexicano del Petróleo (PEMEX) y los servicios de salud para los empleados de las Fuerzas Armadas Mexicanas (SEDENA)

¹³⁴ *Ibíd.*, p.23

¹³⁵ Frenk, Julio, et al., Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud pública Méx* [online]. 2007, vol.49, suppl.1 p. s24 [citado 2012-05-08], pp. s23-s36 . Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000700007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634.

El sector privado, se constituye por compañías de seguros privados que ofrecen cobertura por gastos médicos y un número importante de prestadores de servicios médicos, concentrados principalmente en zonas urbanas.

De esa manera, también los servicios privados se encuentran altamente segmentados y generalmente se establecen bajo un esquema de pago por evento, según el ingreso monetario de los pacientes. Por una lado existen complejos hospitalarios que cuentan con tecnología avanzada para atender patologías de gran complejidad, sobre precios de mercado, con acceso a la población que dispone de ingresos altos, o que cuenta con algún seguro privado y por otro lado se tiene una gran cantidad de consultorios privados y clínicas de primer o segundo nivel de atención, con pobre equipamiento, en donde se prestan servicios a la población de bajos ingresos.

Aunque el proceso de descentralización de los servicios de salud públicos, que se inició en el año de 1984, representó una oportunidad de eficiencia y equidad, también es cierto que la división de la atención de la salud que se otorga a través de los Servicios Estatales de Salud (SESA) y la prestación de los servicios de salud que otorga el nivel Federal, a través de los hospitales de alta especialidad (tercer nivel) o Institutos Nacionales de investigación hacen más complejas las relaciones a nivel del funcionamiento del Sistema Nacional de salud.

Con la llamada Reforma Mexicana de Salud 2001-2006, a partir del año 2003, se incorporó un actor más, el Sistema de Protección Social en Salud, a través del Seguro Popular que surgió como parte de las políticas en salud del gobierno de Vicente Fox, para ampliar la cobertura de la atención de la población abierta y cuya estrategia ha sido la firma de convenios con las instituciones estatales de salud, sobre la base de las instalaciones médicas de asistencia social.

En el enfoque de las políticas del neoliberalismo, Julio Frenk, argumenta la importancia de haber incorporado el Sistema de Protección Social en Salud para

atender a la población más pobre, no cubierta por la seguridad social, considerado como un grupo residual atendido por la Secretaría de Salud con una fuente de financiamiento incierta y paquete de beneficios mal definidos.

Al respecto expresa algunas características antecedentes del sistema mexicano de salud:

“La fundación del sistema nacional de salud moderno data de 1943 ... antes del 2003, la población más pobre tenía acceso a unidades de servicios de salud operadas a nivel estatal y federal a cambio de un copago o cuota de recuperación en el momento de utilizar los servicios, que, a pesar de estar ajustados por el nivel de ingreso y contar con un subsidio significativo, contribuía a la alta proporción de gastos de bolsillo como fuente de financiamiento de la atención médica.

La escasez de medicamentos en estas unidades médicas era común como resultado de limitaciones presupuestales y frecuentemente exponía a esta población a pagos de bolsillo adicionales, en contraste, el aseguramiento en salud en las instituciones de seguridad social garantiza el acceso gratuito a la atención a la salud en el momento de utilización de los servicios, y se financia con contribuciones a la nómina del empleador y del empleado, con una contribución adicional del gobierno federal que se financia a través de impuestos generales. En paralelo, existe un grupo heterogéneo y mal regulado de prestadores privados de servicios, muchos de ellos no certificados, que atendían y siguen atendiendo a las familias no aseguradas con capacidad de pago, y a la población que contaba con una seguridad social pero que estaba insatisfecha con la calidad de los servicios que ofrecían sus instituciones... Hasta el año 2000, el 50% de la población no tenía acceso a ningún tipo de seguro médico prepagado. Esto incluía alrededor de 2.5 millones de familias de los segmentos más pobres que recibían únicamente intervenciones de salud comunitarias y preventivas muy básicas incluidas en el programa de combate a la pobreza denominada oportunidades ...¹³⁶

En el contexto de la Reforma 2001-2006, e Dr. Frenk, explica que las principales limitantes de la eficacia del sistema de salud radicaban en cinco problemas “(1) el bajo nivel de gasto general salud, (2) el predominio del gasto de bolsillo, (3) la

¹³⁶ Ídem.

asignación desigual de los recursos públicos entre los asegurados, los no asegurados y entre los estados, (4) la contribución estatal desigual al financiamiento de los servicios de salud y la (5) insuficiencia crónica de inversión en infraestructura de salud”.¹³⁷

Ante el panorama referido por Frenk, se planteó como política de salud, la necesidad de enfrentar simultáneamente el rezago de las necesidades transmisibles y los problemas de salud reproductivos que se concentran en la población más pobre y geográficamente dispersa, además de atender la prevalencia de padecimientos no transmisibles y costosos que afectan a toda la población. La solución estaba encaminada a la implementación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y la creación del Seguro Popular de Salud (componente de aseguramiento del SPSS), lo que permitió incrementar significativamente la inversión pública en salud para fortalecer la oferta de servicios de alta calidad a través de tres planes maestros: inversión en infraestructura, equipamiento y recursos humanos.

Para el Dr. Frenk “uno de los resultados clave de la reforma de 2003 fue fortalecer la función rectora de la Secretaría de Salud a través de la generación de instrumentos para orientar los flujos financieros y vincular las asignaciones del lado de la oferta con los incentivos del lado de la demanda (afiliaciones de familias)... con reglas explícitas para la transferencia del nivel federal al nivel estatal, el establecimiento de prioridades a través de un paquete de servicios esenciales y la certificación de la infraestructura de salud.”¹³⁸

Como parte de una serie de trabajo dirigidos por un Comité y encabezados por Felicia Knaul de la Fundación Mexicana para la Salud, en el año 2007, Emanuela Gakidou, Rafael Lozano, Eduardo González Pier y otros colaboradores, Publican en la revista de Salud Pública de México, algunos resultados de la evaluación de la

¹³⁷ *Ibidem*, p. S26

¹³⁸ *Ibidem*, p. S28

Reforma 2001-2006 en el que se afirma que “El sistema de salud de México ha sido cada vez más eficiente para llegar a los pobres, que se ha incrementado los recursos para los no asegurados, que hay mayor igualdad de distribución de recursos en todas las entidades federativas y los gastos catastróficos han disminuido.”¹³⁹

Sin embargo, Olivia López y José Blanco, con una visión desde el Estado de bienestar, afirman que las Reformas 2001-2006, con la incorporación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) “fortalecen la concepción minimalista de la garantía de derechos, que restringe el derecho constitucional a la protección de la salud, porque atiende a la lógica mercantil en las instituciones públicas e imprime una lógica al financiamiento y a la producción de los servicios públicos de salud que legaliza los mini paquetes de servicios y ofrece menos intervenciones que las que ofrecen las instituciones de Seguridad Social”.¹⁴⁰

Cabe aclarar que los paquetes de atención considerados en el fondo para la atención de enfermedades que generan los llamados “gastos catastróficos” del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en su inicio no contemplaban los trasplantes, es hasta el sexenio de Felipe Calderón que se incorpora a estos paquetes de intervenciones, el trasplante de cornea y el trasplante renal, este último restringido a personas menores de 18 años.

Por otro lado, Víctor Soria, en una crítica al mecanismo de implementación del Seguro popular, refiere que “Lo más racional hubiera sido expandir el programa IMSS-Oportunidades. El cual cubre a 10.2 millones de personas que no tienen seguro social y tiene mejores indicadores de salud que el seguro popular”.¹⁴¹

¹³⁹ Garkidou, Emmanuela et al. Evaluación del impacto de la Reforma Mexicana de salud 2001-2006: un informe inicial. *Salud pública Méx* [online]. 2007, vol.49, suppl.1 [citado 2012-05-08], pp. s88-s109 . Disponible en:<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000700011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634.

¹⁴⁰ López, Olivia, Blanco, José, Op. cit. nota 84 p. 27

¹⁴¹ Soria, Víctor, “Estrategia de largo plazo para un desarrollo incluyente de la seguridad social”, Agenda para el desarrollo Volumen 12, México, Porrúa, 2007 p 175

De cualquier manera, se calcula que “con ambos programas se alcanza una cobertura de 20 millones de personas, que no tienen seguridad social, pero aún falta cubrir a más 11 millones de personas”¹⁴² Esto sin mencionar que la cobertura que se tiene con ambos programas, además de tener diferente alcance y calidad, no cubre procedimientos quirúrgicos de trasplante renal en adultos u otros trasplantes de órganos sólidos (hígado, corazón y otros (como es el caso de los trasplantes) o tratamientos prolongados o costosos (como es el caso del cáncer o VIH/Sida.

Respecto al componente del sector privado en el Sistema de Salud, en las últimas décadas, se ha incrementado la participación del sector privado, sobre la participación del sector público y social, conformando el modelo llamado *mix público/privado*, que es estimulado por la visión neoliberal de OPS, OMSS, BM, FMI.

143

El modelo *mix público/privado* surge como respuesta al problema de la deuda externa de los países latino americanos, como parte de las políticas de ajuste estructural. En ese sentido, se promovieron reformas para fomentar el ahorro en los gastos de salud del Estado y la apertura y reforzamiento de las instituciones privadas de atención médica.

Como puede observarse, se trata de un complejo modelo que ya no responde a la realidad de nuestro país. En la actualidad, el mayor reto del sector salud es romper con las barreras institucionales y construir un auténtico sistema universal de protección social en salud, que comprenda no solo la seguridad social formal, sino también nuevos mecanismos de acceso efectivo a los derechos sociales de salud, para quienes no participan en como asalariado en el sector formal de la economía.

¹⁴² Ídem.

¹⁴³ Eibenschutz, Catalina y Vilar, op. cit. nota 131, p197

Las dificultades que ofrece la fragmentación del modelo de protección social, se complica ante la problemática en salud que enfrentamos, caracterizado por transiciones en los ámbitos demográficos, epidemiológicos, social, económico y político que se han suscitado en los últimos años.

La obesidad que caracteriza a la población mexicana, la diabetes mellitus y la hipertensión entre otras, son antecedente de la insuficiencia renal, hepática, cardíaca, o la pérdida de la funcionalidad del tejido corneal, entre otros problemas de salud, por lo que en algunos años representarán un serio problema de salud pública y un severo reto financiero del tan fragmentado e ineficiente sistema de salud que de seguir así, ofrece pocas garantías de alcanzar la universalización y la equidad.

En conclusión, el sistema de salud mexicano, se caracteriza, hoy en día, por el ejercicio desigual de los derechos relacionados con la salud, resultado de la fragmentación institucional asociada a la condición socioeconómica y principalmente laboral de la sociedad, situación que no ha podido resolverse con la implementación del Sistema de Protección Social en Salud por dificultades en la implementación.

La figura 1 muestra un esquema de la estructura fragmentada del Sistema Nacional de Salud Mexicano.

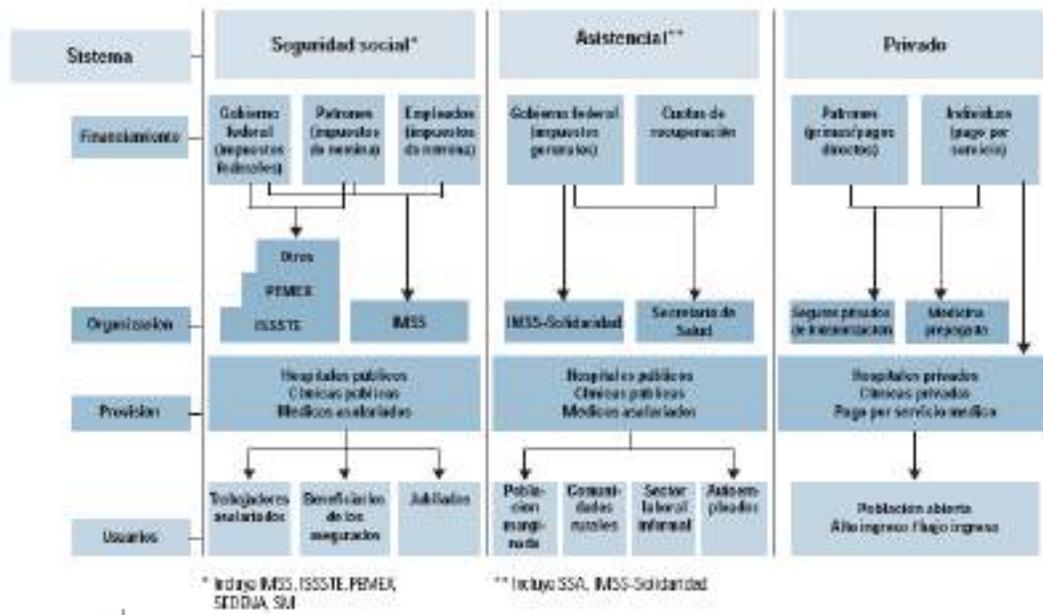


Figura 1. Estructura del sistema Nacional de Salud Mexicano (Programa Nacional de Salud 2001-2006)

3.3 Organización del Subsistema Nacional de Trasplantes Mexicano

El Sistema Nacional de Trasplantes Mexicano, es en realidad un subsistema del Sistema Nacional de salud en México. Es decir, su estructura normativa y operativa, está montada en la estructura normativa y operativa del Sistema Nacional de Salud y en consecuencia comparte las debilidades de un sistema fraccionado, que provee servicios a través de diversas instituciones, con base en la condición socioeconómica y laboral de la sociedad.

Como ya se mencionó, en la Ley General de Salud vigente se define que “El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones...”¹⁴⁴

¹⁴⁴ Congreso de la Unión, op.cit. nota 70, art. 5º, cap. I, título segundo, p.4

Entonces, el Subsistema Nacional de Trasplantes, se integra del conjunto de establecimientos y personas médico y paramédico, que cuentan con Licencia sanitaria para actividades de donación y trasplantes y que regulan sus actividades bajo la norma establecida por el título XIV de la Ley General de Salud (LGS), del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos y de los “Lineamientos para la asignación y distribución de órganos y tejidos de cadáveres de seres humanos para trasplantes”, independientemente de la institución a la que pertenezca dicho personal o de la ubicación geográfica del establecimiento.

Como puede observarse en la figura 2 La estructura normativa a nivel Federal, del Sistema Nacional de Trasplantes, está conformada por:

- La Secretaría de Salud, que es el eje rector del Sistema Nacional de Salud en el que queda inscrito el Sistema Nacional de Trasplantes.
- El Consejo Nacional de Trasplantes (CONATRA), que es la Comisión intersecretarial de la Administración pública Federal, cuyo objetivo es promover, apoyar y coordinar acciones en materia de trasplantes que realizan las instituciones de Salud (Artículo 1º del Reglamento Interno del Consejo Nacional de Trasplantes).¹⁴⁵
- El Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), que fue creado como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, el 26 de mayo del 2000 y que de acuerdo con artículo 44 del Reglamento Interior de la Secretaria de Salud, tiene diversas funciones y en conjunto con los Centros Estatales de Trasplantes, decidirá y vigilará la asignación de órganos, tejidos, y Células, dentro de sus respectivos ámbitos de

¹⁴⁵ Reglamento Interno de Consejo Nacional de Trasplantes, Diario Oficial de la Federación 29-05-2000

competencia. Lo anterior se observa prioritariamente en las fracciones I, IX y XIX, del artículo mencionado.

La estructura normativa a nivel Estatal, del Sistema Nacional de Trasplantes, está conformada por:

- Consejos Estales de Trasplantes (COETRAS), que son organismos públicos del poder ejecutivo de los Estados, cuyo objetivo es “apoyar coordinar promover, consolidar e implementar las diversas acciones y programas, en materia de la disposición de órganos y tejidos de seres humanos con fines terapéuticos”.

Al respecto, no todos los Estados de la República han conformado un Consejo Estatal de Trasplantes y muchos otros, habiendo conformado el Consejo Estatal, por la propia dinámica de cambios administrativos, con frecuencia no hay representación en el Consejo.

- Los Centros Estatales de Trasplantes (CEETRAS), que de acuerdo con el artículo 339 de la Ley General de Salud, se establecen por los gobiernos de las entidades federativas; y en conjunto con el Centro Nacional de Trasplantes, deciden y vigilan la asignación de órganos, tejidos y células dentro de sus respectivos ámbitos de competencia. Asimismo actúan coordinadamente en el fomento y promoción de la cultura de la donación. Los Centros Estatales proporcionan al Centro Nacional de Trasplantes la información correspondiente a su entidad, y su actualización, en los términos de los acuerdos de coordinación respectivos.

Esta estructura normativa, es más escasa, a la fecha los únicos estados que cuentan con esta importante figura, son el Estado de México, El Distrito

Federal, Zacatecas, Querétaro, Chihuahua, Durango, Sonora, San Luis Potosí, Jalisco y Guanajuato.

La estructura normativa a nivel Institucional, del Sistema Nacional de Trasplantes, está conformada por:

- Coordinaciones Institucionales. La función de estas coordinaciones es establecer, difundir y vigilar el cumplimiento de las normatividad institucional relacionada con esta materia de una manera homogénea, para en todas las unidades operativas correspondientes a la institución, así como promover el desarrollo y fortalecimiento del sistema institucional. También son el enlace para la relación que se establece entre los órganos federales y estatales con las autoridades y operativos de las unidades hospitalarias.

Sin embargo, la única coordinación clara y estructuralmente definida, es la del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) El resto de la instituciones proveedoras de servicios, tienen representantes, no estructuras definidas y por lo tanto con serias dificultades para toma de decisiones.

La estructura operativa a nivel Institucional, del Sistema Nacional de Trasplantes:

Está conformada por los establecimientos relacionados con el proceso de donación y trasplantes con Licencia de la Comisión Federal para la Prevención de riesgos Sanitarios y que pueden ser identificados de tres tipos:

1. Hospitales donde se efectúan trasplantes y que también podrían realizar actividades de procuración.
2. Hospitales donde se efectúan actividades de donación pero no de trasplantes.
3. Bancos de tejido.

Los Hospitales donde se efectúan trasplantes y que también podrían realizar actividades de procuración.

De acuerdo con la LGS, en el artículo 316 del Título décimo cuarto, debe contar con un Comité Interno de Trasplantes que es presidido por el Director General o su inmediato inferior. Está integrado por profesionales que deben contar con un alto nivel de conocimientos médicos académicos y profesionales, ya que son los responsable de hacer la selección de donantes y receptores para trasplante, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables. Estos establecimientos únicamente tiene un Comité Interno de Trasplantes.

Los Hospitales donde se efectúan actividades de procuración pero no de trasplantes, de acuerdo con la LGS, en el artículo 316 del Título décimo cuarto, cuentan con un Comité Interno de Coordinación para la donación de órganos y tejidos, que es presidido por el Director General o su inmediato inferior. Está integrado por profesionales que deben contar con un alto nivel de conocimientos médicos académicos y profesionales y es responsable de hacer la selección del establecimiento de salud que cuente con un programa de trasplante autorizado, al que enviará los órganos, tejidos o células, de conformidad con lo que establece en la las disposiciones jurídicas aplicables.

Los Bancos de órganos o de tejidos con fines de trasplante: que de acuerdo con la LGS, en la fracción XV. Del artículo 314, del Título Décimo Cuarto, capítulo I, se define como establecimientos autorizados que tienen como finalidad primordial mantener el depósito temporal de tejidos para su preservación y suministro terapéutico.

El Comité Interno de Trasplantes del hospital: regula las actividades relacionadas con donación y es por tanto la máxima autoridad en la materia. Los integrantes de este comité comparten responsabilidades con el Responsable Sanitario.

El comité Interno del Hospital, debe incluir representante de un grupo de Coordinadores para la donación de órganos y tejidos.



Figura 2. Representación de la Organización del Sistema Nacional de Trasplantes con sus diversos componentes y relaciones.

Idealmente cada Hospital con Licencia de procuración debe tener un grupo formado por profesionales capacitados para coordinar la logística de detección, mantenimiento y procuración de órganos y tejidos, preferentemente dirigidos por un médico, y que representen la Coordinación de Donación.

Actualmente no existen servicios de donación de órganos, el mayor logro que se ha tenido es incrementar el número de unidades con al menos un profesional responsable del proceso, que regularmente no se dedica de manera exclusiva a esta actividad, pero que además. Cuando hay un potencial donador en esa unidad hospitalaria, puede pasar varios días cubriendo jornadas largas de trabajo, sin el

apoyo de otro profesional que lo remplace, por lo que la actividad se vuelve tarea de héroes poco reconocidos.

En el registro Nacional de Trasplantes, que entre otras cosas identifica a los establecimientos con licencia de la COFEPRIS para procurar o trasplantar y de bancos de tejidos, refiere que hay un total de 337 hospitales con licencia para procuración, 306 con licencia para trasplantes y 60 bancos de órganos y tejidos.

A simple vista puede considerarse un número importante para que se realice la actividad en México, desafortunadamente una parte importante de ellos no tienen actividad y han estado paralizados durante muchos años.

Un ejemplo son los hospitales que tienen licencia para trasplante de riñón y que representa la segunda demanda más importante en el sistema de salud. En total 204 hospitales, tienen licencia de trasplante pero 81 de ellos están inactivos.¹⁴⁶

Por otro lado, del total de Hospitales con licencia, 224 son privados, 51 son Hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 19 son de los servicios de trabajadores del Estado (ISSSTE), 14 de la Secretaría de Salud (SS), 89 de los servicios Estatales (SSE), lo que nos refiere la capacidad de resolución en cada segmento.¹⁴⁷

En el siguiente capítulo presentaremos una descripción general del Sistema de Salud y el Subsistema de Trasplantes de los Estados Unidos de América, y de España. Se escogieron estos dos modelos porque el primero representa el claro ejemplo del modelo de salud neoliberal y el segundo representa un modelo de salud integrado y calificado por la OMS, como uno de los 10 mejores del mundo por la universalidad del derecho a la asistencia sanitaria y que particularmente en el

¹⁴⁶ Fuente Registro Nacional de Trasplantes (15/04/2010)

¹⁴⁷ Ídem.

tema de trasplante se ha definido como un modelo eficaz y de importante influencia en Europa y en América Latina. Por sus características, ambos modelos resultan referentes en los resultados de eficacia en productiva, calidad y el alcance de la justicia social y la equidad hacia la población beneficiaria.

3.4 El modelo de trasplantes en Estados Unidos de Norte América y España

El modelo de trasplantes de Estados Unidos de Norte América y el de España, son referencia en el mundo para evaluar la eficiencia y la equidad y justicia social que demuestran, considerando las características filosóficas, económicas y de organización del modelo de Salud en el que están montados.

En materia de Trasplantes Estados Unidos de Norte América funciona a través de La Red Unida para la Compartición de Órganos (United Network for Organ Sharing - UNOS) que opera La Red para la Adquisición y Trasplante de Órganos (OPTN) en virtud de un contrato del gobierno federal, dentro de un modelo de salud esencialmente de mercado y obteniendo las cifras más altas de América Latina en detección y procuración de órganos.

Por su parte, España cuenta con un modelo de salud integrado y prioritariamente bajo responsabilidad del Estado que sustenta en materia de trasplantes a un sistema de gestión que funciona a través de cientos de profesionales, y coordinado por la ONT. Ha conseguido las cuotas de donación cadavéricas más altas del mundo.

La ONT de España ha sido líder de la directiva de la Unión Europea sobre células y tejidos y de órganos y el modelo de gestión ha influido el modelo de trabajo de muchos países europeos y de Latinoamérica. Actualmente dirige la presidencia y secretaría del Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplantes.

3.4.1 El modelo de Estados Unidos de Norte América

El sistema de Salud de los Estados Unidos de Norte América, representa una de las más claras expresiones del modelo económico neoliberal y la filosofía liberal de la justicia.

Raquel Torres Carvajal, explica que El sistema de salud en los Estados Unidos de Norte América, puede considerarse costoso, complicado, y con grandes contradicciones. “Posee gran cantidad de la más alta tecnología, las mejores facultades de medicina, clínicas, hospitales y centros investigativos del mundo, sin embargo, más de 42 millones de estadounidenses no tienen acceso a los mínimos recursos de salud.”¹⁴⁸

El sistema de salud está dividido entre el sistema privado y el público, sin embargo, ambos son manejados prevalentemente con base en los principios de la libre empresa característicos del sistema de mercado norteamericano. La atención a la salud, se otorga, a través de un sistema de salud privado basado en el sistema de Prepagos o Salud Pre-pagada.

Se considera que hay tres puntos de interés que marcan el debate diario sobre el sistema de salud en Norteamérica:

- “Los grandes costos del sistema de seguridad social y Medicare de los Estados Unidos.
- La batalla política entre los Republicanos y los Demócratas sobre cómo mejorar el sistema de salud.
- La desigualdad de sistema de salud a través de distintos grupos sociales, en particular las minorías étnicas en Norteamérica.”¹⁴⁹

¹⁴⁸ Torres, Raquel, *El Sistema de Salud en los Estados Unidos*, <http://www.aaleader.tcu.edu/TCU%202002.pdf>

¹⁴⁹ Ídem.

De acuerdo con la maestra Raquel Torres, “existen una multitud de estadísticas a todos los niveles que indican que las minorías se encuentran entre los grupos de mayor riesgo para un gran número de enfermedades, tales como la incidencia de cáncer, alcoholismo, drogadicción, etc. Sin embargo, estos mismos grupos a menudo reciben la peor asistencia en cuanto a salud, debido a que más del 50% de hispanos, indígenas y afro-americanos viven en pobreza, o cerca de la pobreza.”¹⁵⁰

De esta manera a pesar de sus abundantes recursos económicos y humanos. Estados Unidos ocupa una posición relativamente mediocre en la escala de sistemas de salud mundial, porque no ha logrado proveer a sus ciudadanos de un sistema eficiente, justo, y accesible.

En ese mismo contexto de ineficiencia, El Sistema Estadounidense de trasplantes, no es ajeno a la economía de mercado, en el que se sustenta el modelo de salud.

El acceso de la población norteamericana a la terapéutica de los trasplantes funciona a través de La Red Unida para la Compartición de Órganos (United Network for Organ Sharing – UNOS) que es una organización benéfica sin fines de lucro que opera La Red para la Adquisición y Trasplante de Órganos (OPTN) en virtud de un contrato del gobierno federal.

La OPTN/UNOS facilita la obtención y la colocación de órgano, para lo cual como parte del proceso, la OPTN/UNOS diseñó un sistema para asignar prioridades a los pacientes que esperan trasplantes de órganos sólidos, basándose en fórmulas estadísticas muy exactas para predecir quién necesita uno con más urgencia.

La OPTN/UNOS administra la lista nacional de espera de trasplantes y con esa información, y a través de las Organización para la Adquisición de Órganos Organ Procurement Organization, (OPO) ubicadas en todo el país por regiones, buscan

¹⁵⁰ Ídem.

colocar los órganos de los donantes con los receptores compatibles clínicamente, y que cumpliendo las normas establecidas para la distribución de los órganos.

La distribución de los órganos obtenidos, se realiza considerando primero los criterios de gravedad del paciente, la compatibilidad del donador con el receptor (el equipo de trasplante toma la última decisión respecto a la compatibilidad del órgano), el orden en la lista de espera y también se considera un criterio geográfico, dado que se trata de que el órgano procurado, se quede en la región del país en la que fue obtenido.

Actualmente hay 59 OPO's que funcionan como agencias de procuración externas a los Hospitales autorizados, con los cuales tienen convenio (de acuerdo con el sistema americano de salud son instituciones privadas).¹⁵¹

Si en el Hospital se detecta un paciente con muerte encefálica, potencial donador, se avisa a la OPO correspondiente, y el equipo de procuración se traslada al Hospital para realizar todo el proceso de abordaje a la familia y extracción de los órganos, para luego trasladarlos al Hospital en el que se encuentra el receptor que ha sido seleccionado con base en los principios del sistema de asignación. Con base en los acuerdos, la OPO, paga a la Institución Hospitalaria, todos los gastos generados por el proceso, por lo que la institución hospitalaria, no tendrá inconveniente en colaborar, ya que al final, está vendiendo servicios.

Los mecanismos a través de los cuales los pacientes son ingresados en la lista nacional de espera se describen a continuación:

Cuando el médico de un paciente determina que tal vez sea necesario hacerle un trasplante de órgano, al paciente, entonces este último es remitido a un centro de trasplantes para que lo evalúen. Si el equipo de trasplantes determina que el paciente es un buen candidato para trasplantes, se añade el nombre del paciente a

¹⁵¹ Ídem

la lista de espera de UNOS. El procedimiento de alta del paciente en la Lista Nacional, tiene un costo para el paciente. Si el paciente tiene recursos económicos, y desea tener mayor oportunidad de acceder a un trasplante, solicitará la atención médica y el registro en la Lista Nacional de UNOS, en otra Región del país. Esta situación le da mayor ventaja en relación a pacientes con menor capacidad económica.

Las políticas del sistema permiten que pacientes extranjeros, puedan acceder a un trasplante de órganos o tejidos en Estados Unidos, una vez aceptado por un centro de trasplantes (Unidad Hospitalaria autorizada) Los pacientes de otros países reciben órganos con base a las mismas políticas aplicadas a los ciudadanos estadounidenses pero se especifica que para proteger a los ciudadanos, estos eventos de trasplantes son limitados en número.

Debido al alto costo de los procedimientos de trasplantes, la Red OPTN/UNOS, ha desarrollado importantes mecanismo para generar planes de financiamiento para los pacientes, asumiendo que son pocos los casos de pacientes que pueden pagar de una sola fuente todos los costos del trasplante. Por ejemplo, hay quienes pueden financiar la operación con la cobertura del seguro y pagar otros gastos con sus cuentas de ahorros y otros fondos privados, o vendiendo algunos bienes. Es común que los pacientes tengan que recurrir a una combinación de fuentes de fondos. Es una buena idea mantener a los trabajadores sociales y coordinadores financieros del centro de trasplante informados del progreso en obtener fondos.

El Sistema de Trasplantes de Estados Unidos, por su calidad en la organización puede calificarse con alta calidad técnica y eficacia en productividad, pero adolece de justicia y equidad en la distribución de los órganos, debido a que el acceso a la atención de la salud y el acceso a procedimientos quirúrgicos tan costosos, depende de la capacidad económica de los pacientes. Las debilidades de justicia social y equidad en el acceso a los órganos y tejidos y a los tratamientos y procedimientos

quirúrgico-médicos, reflejan las debilidades del Sistema de Salud Norteamericano, que principalmente atiende la demanda de servicios de salud a través del mercado.

3.4.2 El modelo de España

El Sistema Nacional de Salud español, “se encuentra calificado por la OMS, como uno de los 10 mejores del mundo y se caracteriza por la universalidad del derecho a la asistencia sanitaria (con una cobertura aproximada de un 99.4% de la población), la financiación pública y la descentralización de su gestión en los gobiernos regionales.”¹⁵²

El Sistema de salud español está organizado como un conjunto coordinado de servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas. En él se Integra todas las funciones y prestaciones sanitarias, responsabilidad de los poderes públicos, al servicio de la salud de los ciudadanos.

En el sistema sanitario español, en la actualidad, pueden identificarse tres niveles organizativos: central, autonómico y áreas de salud.

El órgano fundamental de la administración central del Estado es el Ministerio de Sanidad y Consumo, encargado de la propuesta y ejecución de las directrices generales del gobierno sobre la política de salud, planificación y asistencia sanitaria y consumo, así como de la coordinación de las actividades dirigidas a la reducción del uso de drogas y de sus consecuencias.

La organización autonómica, se refiere a la ordenación territorial de los servicios sanitarios que es competencia de las Comunidades Autónomas y debe basarse en la aplicación de un concepto integrado de atención a la salud.

¹⁵² La Salud en España <http://www.madrimasd.org/informacionIdi/analisis/analisis/analisis.asp?id=39863>

En cada Comunidad Autónoma debe constituirse un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y otras organizaciones territoriales intracomunitarias, respetando las distintas titularidades que existen, aunque a nivel funcional dichos servicios estén adscritos al servicio de salud de cada Comunidad Autónoma.

Las áreas de salud, según las define la Ley de Sanidad, son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios por ellos desarrollados. “Se delimitan teniendo en cuenta factores geográficos, demográficos (población entre 200.000 o 250.000 habitantes, socioeconómicos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, vías de comunicación e instalaciones sanitarias”.¹⁵³

Las áreas de salud se dividen en zonas básicas de salud, que constituirán el marco territorial de la Atención Primaria de Salud. La asistencia sanitaria se extiende a toda la población con financiación pública y provisión, también básicamente pública, complementada con la privada concertada.

En la Ley General de Sanidad, del 25 de abril de 1986, se instauró el Sistema Nacional de Salud, mediante un proceso gradual, integrando los diversos subsistemas sanitarios públicos existentes (seguridad social, beneficencia, etc.). Las excepciones a la integridad que manifiesta la Ley, son los funcionarios de la Administración del Estado y de las Entidades Locales, así como los funcionarios de Justicia y Fuerzas Armadas porque ellas tienen un régimen separado de protección a través de mutualidades estatales, que pueden concertar la asistencia sanitaria con entidades de seguro privado o con la Seguridad Social.

¹⁵³ Ídem

En el ámbito de la administración moderna, es fundamental la participación comunitaria a través de las corporaciones territoriales.

Las competencias de planificación y ordenación sanitaria corresponden a las Coordinaciones Autónomas, sin perjuicio de la coordinación general sanitaria, que es competencia estatal. El Consejo Interterritorial de Salud, compuesto por representantes de las Coordinaciones Autónomas y del Estado, presenta una enorme importancia intrínseca como órgano permanente de «comunicación e información de los distintos servicios de salud entre ellos y con la Administración estatal».

Según La OCDE “el presupuesto que la Administración pública invierte en salud, corresponde al 67% del PIB”.¹⁵⁴

En este contexto de los tres niveles de administración del sistema de salud español, “se organiza también el sistema de trasplantes con una importante representación a nivel central denominada Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y con una importante asignación presupuestal.”¹⁵⁵

Los puntos básicos que definen el modelo español de trasplantes son:

- La red de coordinadores de trasplante a tres niveles: nacional, autonómico y hospitalario.
- Los dos primeros niveles nombrados y financiados por la administración sanitaria nacional y autonómica, constituyen una verdadera interfaz entre los niveles políticos y los profesionales.
- Todas las decisiones técnicas se toman por consenso en una Comisión del Consejo Interterritorial formado por los responsables de la coordinación nacional y de cada una de las autonomías.

¹⁵⁴ Ídem.

¹⁵⁵ ONT, El modelo español <http://www.madrimasd.org/informacionIdi/analisis/analisis/analisis.asp?id=39863>

- El tercer nivel, el coordinador hospitalario debe ser un médico (aunque ayudado siempre por personal de enfermería en los grandes hospitales), que trabaja casi siempre en la coordinación a tiempo parcial, está situado dentro del hospital, y depende de la dirección del mismo (no del equipo de trasplante). Desde el punto de vista funcional, está íntimamente ligado a la coordinación autonómica y nacional.
- La mayoría de los coordinadores son especialistas en medicina intensiva, lo que implica una participación activa de estos especialistas en la donación de órganos. La dedicación a tiempo parcial les permite continuar con su trabajo previo, lo que es especialmente importante en los pequeños hospitales.
- Un programa de calidad en el proceso de donación de órganos, en realidad una auditoría continua de muerte encefálica en las unidades de vigilancia intensiva, llevada a cabo por los coordinadores de trasplante.
- La oficina central de la ONT actúa como agencia de servicios en apoyo de todo el sistema. Está encargado de la distribución de órganos, la organización de los transportes, el manejo de las listas de espera, las estadísticas, la información general y especializada y en general cualquier acción que pueda contribuir a mejorar el proceso de donación y trasplante. Es muy importante el apoyo que presta la oficina central y algunas autonómicas sobre todo a los pequeños hospitales, en los que no es posible llevar a cabo sin ayuda la totalidad del proceso.
- Un gran esfuerzo en formación continuada, tanto de los coordinadores como de gran parte del personal sanitario, con cursos generales y específicos de cada uno de los pasos del proceso: detección de donantes, aspectos legales, entrevista familiar, aspectos organizativos, gestión, comunicación...).
- Reembolso hospitalario por parte en estos momentos de las administraciones autonómicas, que financian de manera específica y adecuada las actividades de obtención y trasplante de órganos. De otra manera sería impensable el mantenimiento de la actividad, sobre todo en los pequeños hospitales no trasplantadores.
- Mucha dedicación a los medios de comunicación con el fin de mejorar el nivel de conocimiento de la población española sobre la donación y el trasplante. Una línea telefónica de 24 horas (la misma que la ONT, reuniones periódicas con periodistas, cursos de formación en comunicación para coordinadores, así como una rápida actitud de manejo de la publicidad adversa y las situaciones de crisis cuando éstas se producen han constituido

puntos importantes a lo largo de estos años en conseguir un clima positivo para la donación de órganos.

- Una legislación adecuada, técnicamente similar a la de otros países occidentales, con una definición de la muerte encefálica, de las condiciones de extracción de órganos, de la ausencia de motivación económica, etc.

El éxito de este sistema está fundamentalmente recargado en su estructura organizacional, lo que se observa en el alto índice de productividad para atender la demanda de trasplantes, cuyos procedimientos están montados en un sistema de salud integral, que se caracteriza por la universalidad del derecho a la asistencia sanitaria, por la descentralización de su gestión en los gobiernos regionales y respaldado por un financiamiento público que favorecen una amplia cobertura (99.4% de la población), la equidad y la justicia social en el acceso de la población Española a la salud y a la distribución y asignación de los órganos o tejidos.

Hay una desventajosa diferencia del Sistema de Salud y trasplante de México, en comparación con el Sistema de Salud y trasplantes de Estados Unidos de Norteamérica y el de España, porque el de México, el Sistema de Salud se encuentra fragmentado, tiene una importante carga de servicios privados contra el debilitamiento de los servicios médicos de seguridad social o públicos, el proceso de descentralización de los servicios de salud no ha logrado hacer más eficientes los servicios de atención en los Estados, la aplicación de recursos públicos a la salud son bajos en proporción a PIB y la población mexicana tiene altos índices de pobreza. Todo lo anterior limita el acceso a los servicios de salud, predispone una baja productividad del sistema en la obtención de órganos y tejidos que se obtienen para trasplante y debilita la equidad y la justicia social en el acceso a la distribución de los órganos y tejidos y disminuye la factibilidad y la oportunidad.

Estas dificultades que enfrenta el Sistema de Trasplantes mexicano, serán analizados a mayor detalle en el siguiente capítulo, tras la descripción de procedimiento Hospitalario, las dificultades de la donación y los trasplantes y las

dificultades de acceso al trasplante de riñón, córnea y tejido osteotendinoso (hueso y tendones.)

4. EL PROCEDIMIENTO MEXICANO DE PROCURACIÓN Y EL CONFLICTO EN LA DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN DE ÓRGANOS

4.1 Panorama epidemiológico

En México, a inicios del siglo XX Los problemas reproductivos y las enfermedades relacionadas con la desnutrición, y las enfermedades infectocontagiosas, fueron las principales causas de defunción, sin embargo, en la década de los años sesenta y setenta, se aplicaron importantes políticas pública, orientadas a mejorar la salud de los mexicanos, a través de la acción preventiva, como la vacunación de la población infantil, la prevención del embarazo, la salud reproductiva y el cuidado materno infantil.

Actualmente, en el Programa Nacional de Salud, 2007-2012, se reconoce que “en los últimos 50 años, se produjo un descenso muy importante de la mortalidad en todos los grupos de edad, además de un cambio igualmente significativo en las principales causas de muerte y discapacidad”¹⁵⁶. Aunque la situación no es homogénea en todo el territorio nacional, en México predominan como causas de daño a la salud las enfermedades no transmisibles y las lesiones, que desafortunadamente, son más difíciles de tratar y más costosas que las infecciones comunes.

Según los datos registrados en el vigente Programa Nacional de Salud, del gobierno de Felipe Calderón, se logró un descenso de la mortalidad general, que pasó de: “16 defunciones por 1,000 habitantes en 1950 a 4.4 por 1,000 habitantes en 2005. Se produjo un importante incremento de la esperanza de vida que pasó de 49.6 años en 1950 a 78 años en las mujeres y 73 años en los hombres en el momento actual”

157

¹⁵⁶ Secretaría de Salud, op. cit., 106. p. 23

¹⁵⁷ *Ibíd*em, p. 25

De acuerdo con el Dr. Pablo Kuri Morales, ex Director del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (Cenavece), cuatro factores, son los responsables de los cambios en el perfil de salud de la población:

1. Transición demográfica (recomposición de la población y envejecimiento)
2. Transición de riesgos (exposición diferenciada)
3. Transición tecnológica (prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación)
4. Transición epidemiológica (morbilidad y mortalidad).¹⁵⁸

De acuerdo con lo anterior, los cambios en las enfermedades, están íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al reciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables (figura 3). Es decir, el pasar de contextos eminentemente rurales a contextos urbanos, ha significado también cambios en el estilo de vida de los ciudadanos y una transición de riesgos, porque pasamos de los riesgos por higiene deficiente, agua de pobre calidad, hacinamiento y contacto con fauna nociva a problemas de salud ocasionados por el sedentarismo, el estrés, consumo de comida chatarra, consumo de drogas y la violencia.

¹⁵⁸ Kuri, Pablo, Conferencia 25 de mayo de 20011, Academia Nacional de Medicina, mayo de 2011

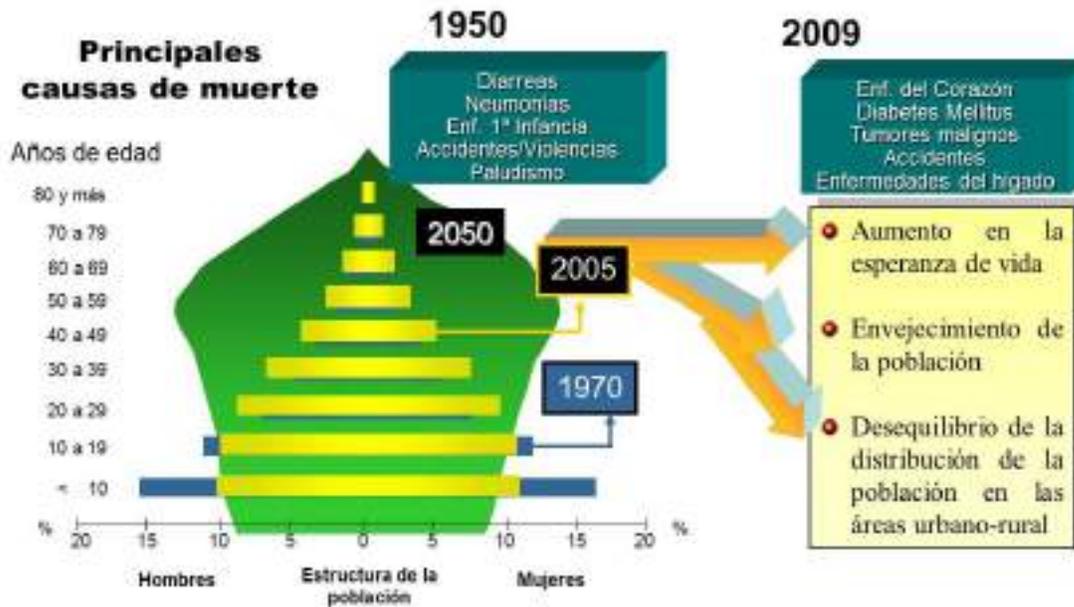


Figura 3. Cambio epidemiológico en México y sus causas. Fuente Dr. Pablo Kuri Conferencia Academia Nacional de Medicina, 25 de mayo de 2011.

El proceso de envejecimiento de la población y la exposición a riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, han modificado las principales causas de muerte en hombres y mujeres (figura 3, 4 y 5).

De acuerdo con el plan nacional de desarrollo 2007- 2012, menos del 15% de las muertes en el país se deben a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición, que en conjunto se clasifican bajo el término de rezago epidemiológico; 11% se deben a lesiones accidentales e intencionales, y 73% a padecimientos no transmisibles, como la diabetes, los problemas cardio-vasculares y el cáncer.¹⁵⁹

Respecto al tipo de enfermedades prevalentes en México, se puede afirmar que hay tres tipos enfermedades que concentran más de 33% de las muertes en mujeres y más de 26% de las muertes en hombres: la diabetes mellitus, las

¹⁵⁹ Secretaría de Salud, op. cit., 106. p. 24

enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares. El común de los factores de riesgo son el sobrepeso y la obesidad, que afecta a 70% de la población de 20 años o más. El tabaquismo, el colesterol elevado y la hipertensión arterial también influyen en el desarrollo de las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares.

La mortalidad en las etapas productivas de la vida (15 a 64 años) se asemeja mucho al cuadro de las principales causas de muerte del país en su conjunto, y ciertos tumores malignos (mama, cuello del útero, pulmón, estómago). Aquí hace su aparición como la cuarta causa de defunción en hombres de 25 a 34 años el VIH/SIDA, que en 2005 produjo en la población general 4,445 muertes, con una mayor proporción en la población masculina.

| Causa | Defunciones | % |
|---|-------------|------|
| Diabetes mellitus | 36,280 | 16.3 |
| Enfermedades isquémicas del corazón | 23,570 | 10.6 |
| Enfermedad cerebro-vascular | 14,500 | 6.5 |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 9,087 | 4.1 |
| Cardiopatía hipertensiva | 7,552 | 3.4 |
| Infecciones respiratorias agudas bajas | 7,076 | 3.2 |
| Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado | 6,720 | 3 |
| Nefritis y nefrosis | 5,269 | 2.4 |
| Desnutrición calórico-proteica | 4,303 | 1.9 |
| Tumor maligno del cuello del útero | 4,273 | 1.9 |
| Tumor maligno de la mama | 4,234 | 1.9 |
| Asfixia y trauma al nacimiento | 4,209 | 1.9 |
| Tumor maligno del hígado | 2,545 | 1.1 |
| Tumor maligno del estómago | 2,524 | 1.1 |
| Accidentes de vehículo de motor (ocupantes) | 2,365 | 1.1 |

Fuente: DGFS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

Figura 4. Principales causas de muerte en mujeres en México 2005. Programa Nacional de Salud 2007-2012

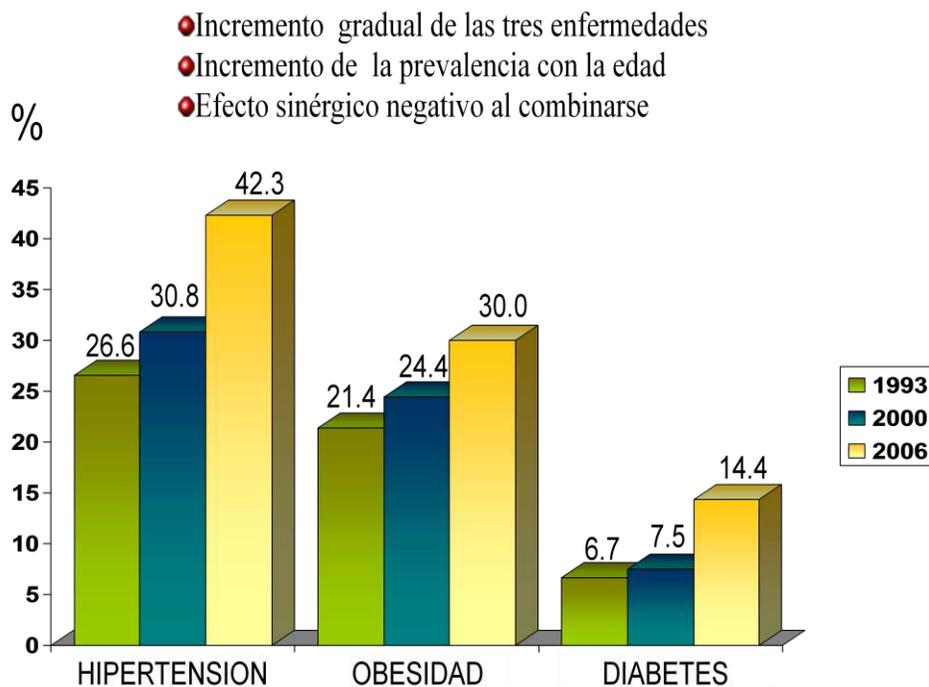
Cuadro III. Principales causas de muerte en hombres, México 2005

| Causa | Defunciones | % |
|--|-------------|------|
| Diabetes mellitus | 30,879 | 11.3 |
| Enfermedades isquémicas del corazón | 29,843 | 10.9 |
| Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado | 20,864 | 7.6 |
| Enfermedad cerebro-vascular | 12,896 | 4.7 |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 11,183 | 4.1 |
| Agresiones (homicidios) | 8,610 | 3.2 |
| Accidentes de vehículo de motor (ocupantes) | 8,450 | 3.1 |
| Infecciones respiratorias agudas bajas | 7,912 | 2.9 |
| Nefritis y nefrosis | 6,135 | 2.2 |
| Asfixia y trauma al nacimiento | 5,560 | 2 |
| Enfermedades hipertensivas | 5,336 | 2 |
| Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón | 4,817 | 1.8 |
| Tumor maligno de la próstata | 4,800 | 1.8 |
| Desnutrición calórico-proteica | 4,139 | 1.5 |
| Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor | 3,998 | 1.5 |

Fuente: GGS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

Figura 5. Principales causas de muerte en hombres en México 2005. Programa Nacional de Salud 2007-2012

Prevalencia de enfermedades crónicas 1993-2006



Encuestas Nacionales de Salud.

Figura 6. Incremento de las tres enfermedades más importantes. Fuente (encuesta Nacional de Salud 2007)

Ahora bien, el problema es que la obesidad, diabetes mellitus y la hipertensión, son la causa de otras enfermedades como la insuficiencia renal, hepática o la pérdida de la funcionalidad del tejido corneal, que implican la necesidad utilizar la compleja terapéutica de los trasplantes.

En el Sistema Nacional de Trasplantes, están registrados todos aquellos pacientes que habiendo enfermado, tuvieron acceso a la atención médica especializada y de acuerdo con los criterios médicos, fueron considerados candidatos a recibir un trasplante, pero definitivamente no representa el total de personas enfermas en el país.

La gráfica 7, muestra los requerimientos de trasplante de los diferentes órganos y tejidos, capturados en el Registro Nacional de Trasplantes (RNT) del Centro Nacional de Trasplantes. En ellos se observará que de un total de 15248 registros, la mayor demanda está en el trasplante de cornea (6,846 registros) y el trasplante de riñón (7796 registros). Estos datos no incluyen los trasplantes realizados, que de acuerdo con la información del RNT, del año 2000 a julio de 2012, se han realizado un total de 75,898 trasplantes.

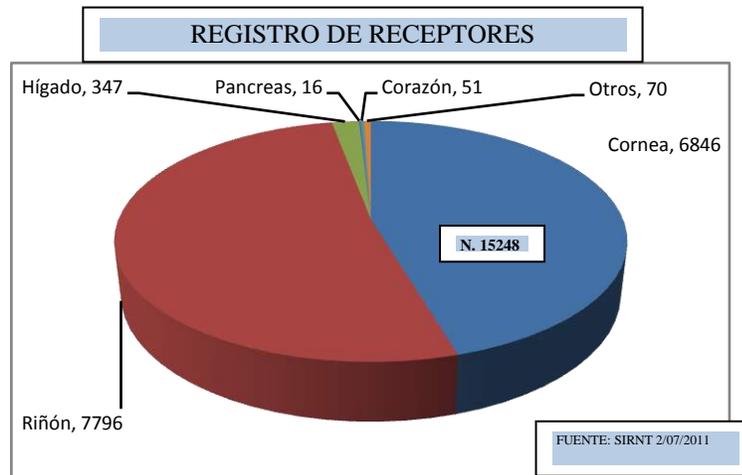


Figura 7. Registro de receptores para trasplante de órganos 2011. Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes

4.2 Descripción del proceso de donación, procuración y trasplantes

4.2 Descripción del proceso de donación, procuración y trasplantes

Los servicios de Salud en México están organizados en tres niveles de atención. Cuando una persona se enferma, comúnmente acudirá a las clínicas del primer nivel de atención, en la que el médico familiar o general, establecerá un diagnóstico y otorgará un tratamiento.

En el caso de que el médico defina que el padecimiento requiere la revisión de un especialista, hará la referencia correspondiente a una clínica u hospital de segundo nivel de atención, donde un médico especialista, establecerá un diagnóstico y dará el tratamiento correspondiente, que podría ser más complejo y más costoso, incluso podría tratarse de tratamientos quirúrgicos, factibles de atenderse en ese nivel.

Si a juicio de este segundo médico, la enfermedad del paciente requiere la intervención de un médico sub especializado, o incluso si el diagnóstico o el tratamiento requieren el apoyo de tecnología más avanzada, referirá al paciente a

las unidades médicas de alta especialidad, consideradas como de tercer nivel de atención.

Las enfermedades que para su tratamiento requieren un trasplante de órgano solido (corazón, riñón, pulmón, hígado, páncreas) normalmente son atendidas, en los hospitales de tercer nivel, en servicios de alta especialidad. Los trasplantes de tejido (cornea, hueso, piel, entre otros), pueden ser atendidos en las unidades médicas de segundo nivel de atención médica, si la unidad está bien atendida.

No podemos dejar de mencionar que las instituciones de atención médica, con frecuencia tienen problemas para definir los límites de resolución y equipamiento entre las unidades médicas del segundo y el tercer nivel de atención, lo que tiene implicaciones en la planeación y la organización de los recursos y la estructura organizacional, sin embargo, nos es nuestro interés ahondar en esta temática, únicamente mencionaremos que por esa misma circunstancia, la actividad de trasplantes puede darse tanto en las unidades médicas de segundo y de tercer nivel de atención médica.

Hemos comentado que en México, las personas que trabajan en el sector formal, de acuerdo con el artículo 123, fracción XXIX, de la Constitución Política Mexicana, que establece la Ley del Seguro Social, tienen derecho a ser atendidos en las unidades médicas del sistema de seguridad social que le corresponda, según su ámbito de trabajo, es decir estarán afiliadas al IMSS, ISSSTE, PEMEX, Fuerzas Armadas, etcétera.

Por otro lado, también hemos comentado que la población que se encuentra laborando en el sector informal o desempleada, hace uso de los servicios de salud públicos que otorga la Secretaría de Salud y en el mejor de los casos, las personas con mayor capacidad económica, hacen uso de servicios privados.

Cualquiera que sea la vía de acceso a los servicios de salud y específicamente a los servicios de alta especialidad, cuando a un paciente con diagnóstico de insuficiencia orgánica, se le ha definido clínicamente, como candidato para recibir un trasplante de órgano sólido o de tejido, deberá ser registrado (de manera gratuita) en la “Base de datos de pacientes en espera de un donador cadavérico” a través del médico tratante de la institución en que es atendido, ya sea de seguridad social, de asistencia pública o de atención privada.

Si el paciente cuenta con un donador vivo, específicamente para los casos de trasplante de riñón, médula ósea o de hígado (una porción de hígado de un adulto para un niño) y si se cumplen todas las condiciones médicas y legales para que se realice la donación y el trasplante, entonces el proceso es más ágil y el receptor no tendrá que esperar mucho tiempo.

La mayoría de los pacientes no cuentan con un donador vivo, por lo que a partir del registro en la base de datos de pacientes en espera de un donador cadavérico, el paciente queda en espera de que en ese hospital o en otro hospital del país, un paciente haya fallecido y cumpla los criterios médicos y legales para ser donador de órganos y/o tejidos y que su familia tenga la disposición de donar de manera altruista, los órganos o tejidos útiles. Si el paciente donador es clínicamente compatible y los criterios de distribución y asignación de órganos o tejidos lo favorecen a él, será sometido a una intervención quirúrgica y recibirá el tan deseado insumo humano.

La posibilidad de que un paciente recupere la salud a través del trasplante, depende de dos procesos independientes, pero complementarios el proceso de donación y el proceso del trasplante.

Los procesos de donación de órganos y tejidos para trasplante, se realizan en unidades hospitalarias con autorización para “procuración” por parte de la Secretaría de Salud a través de la Comisión Federal para la Prevención de Riesgos

Sanitarios (COFEPRIS), la cual es otorgada, siempre que demuestren que reúnen las condiciones de organización necesarias.

Las unidades médicas autorizadas, cuentan con un comité de donación o trasplantes y un coordinador hospitalario de donación (idealmente debería ser un grupo de profesionales conformando un servicio). El coordinador de donación, es el profesional capacitado para coordinar la logística completa del evento de donación que puede describirse de la siguiente manera:

Los candidatos comunes para ser donadores, son personas que por motivo de accidentes o eventos de violencia, han sufrido lesiones severas, que les requieren ingresar a las unidades de terapia intensiva de los hospitales y que a pesar de la atención que reciben para salvarles la vida, mueren con frecuencia por “muerte encefálica” por lo tanto, el cerebro ya no emite las señales para mantener la respiración automatizada y el flujo sanguíneo, sin embargo, debido al soporte mecánico del equipo médico al que está conectados, es posible proveer de oxígeno y flujo sanguíneo a todo el cuerpo, pero sobre todo a los órganos vitales, para conservarlos en condiciones adecuadas para ser trasplantados en un receptor vivo con esperanzas de recuperar la salud.

El proceso comienza con la llegada de pacientes a las áreas críticas, del Hospital, el coordinador de la donación, detecta y evalúa a estos posibles donantes, en caso de que el paciente fallezca, se realizan las pruebas correspondientes para certificar la muerte encefálica, y una serie de pruebas para descartar riesgos sanitarios que pudieran ser transmitidos al receptor.

Con las pruebas que certifican la muerte encefálica, el médico tratante le informa a la familia del paciente, acerca del fallecimiento y presenta al coordinador de la donación.

Al abordar a la familia, el coordinador de la donación, a través de técnicas de intervención en crisis y herramientas tanatológicas, brinda apoyo emocional, orientación, y sobre todo, hace la solicitud de la donación de los órganos o tejidos viables para trasplante.

Si la familia acepta donar, bajo el principio de “altruismo”,¹⁶⁰ es decir, de acuerdo con la Ley General de Salud, no podrá mediar remuneración económica, entonces firmará el consentimiento y el coordinador realizará los trámites correspondientes, en caso necesario, ante el Ministerio Público, se coordinara con los equipos de trasplante del mismo hospital o de aquellos hospitales con los que previamente se hayan hecho convenios de colaboración y que formen parte de las rutas de distribución y asignación, definidas por el Comité interno de trasplante, con base en los lineamientos de distribución y asignación de órganos y tejidos, referido en el capítulo tres.

Además de llenar todo el papeleo, coordinar los tiempos de llegada de los cirujanos (que podrían llegar de diferentes partes del país), los tiempos de extracción de los órganos, dentro de los quirófanos del Hospital y la entrega del cuerpo a la familia, también documentará todo el proceso para garantizar la legalidad e informará a las autoridades locales y federales a través de los sistemas informáticos, con la finalidad de darle transparencia y favorecer la trazabilidad de los órganos.

Por otro lado, el paciente receptor de los órganos donados que resulte beneficiado del proceso de distribución y específicamente de asignación del órgano o tejido, será llamado por su médico tratante, se someterá a la intervención quirúrgica y si todo sale bien y recupera la salud, como parte del tratamiento del trasplante, será

¹⁶⁰ El término altruismo forma parte del vocabulario común de la lengua española. El Diccionario de la Real Academia Española lo define brevemente como: “Diligencia en procurar el bien ajeno aun a costa del propio”, etimológicamente significa “preocupación por los otros” y conceptualmente remite a toda conducta que tiene por finalidad hacer el bien otra persona sin que el sujeto de esta conducta tenga ninguna expectativa de retribución. Hoy en día, para que una conducta sea calificada de altruista, debe ser producto de una **intencionalidad y libertad de decisión**.

sometido a tratamiento con inmunosupresores, que garantizarán que no tenga un efecto de rechazo al órgano o tejido extraño que entro a su organismo.

Para garantizar el éxito del trasplante, el paciente deberá mantener su tratamiento con inmunosupresores y mantener un estilo de vida saludable en alimentación y en la calidad de la vivienda y las relaciones humanas.

Los pacientes refieren que el gasto de bolsillo por el tratamiento post trasplante renal con inmunosupresores puede ascender a 10,000.00 (diez mil pesos) mensuales.

4.3 Panorama General de la problemática en donación y trasplantes

Como ya se mencionó, Los datos estadísticos que arroja el sistema electrónico del Registro Nacional de Trasplantes, sugiere un desarrollo exitoso de la actividad de trasplantes en el país, porque cada día se realizan más procuraciones y trasplantes de órganos o tejidos en el país, sin embargo, cada año aumenta el número de pacientes registrados y hemos comentado que aún no corresponde al total de los pacientes que requieren un trasplante y actualmente se plantea un importante problema de escasez de órganos y tejidos

Para personas poco conocedoras del tema, la solución a la escasez de los órganos y tejidos podría limitarse a la implementación de campañas de difusión dirigidas a la población, con el interés de sensibilizarla y con ello orientar su decisión de donar en vida o después de la vida, pero para expertos del tema como el Dr. Rafael Matesenz, Coordinador Nacional de la Organización Nacional de Trasplantes Española, “el problema de la escasez de los órganos no es un problema de difusión o de falta de disposición de la población para donar, se trata de un problema mucho más complejo que involucra la estructura y organización del Sistema Nacional de

salud, en el que descansa el Sistema Nacional de Trasplantes, y su vinculación con factores económicos, sociales y políticos”.¹⁶¹

Los problemas que aquejan al sistema de trasplantes mexicano, se agrupan de la siguiente manera:

- Demanda creciente de procedimientos de trasplantes de órganos y tejidos, relacionada con la transformación demográfica y de morbilidad.
- Dificultades en el acceso a los servicios de salud y de seguridad social, debido la estructura segmentada del Sistema Nacional de Salud.
- Insuficiente información sobre el número de pacientes con insuficiencia renal, hepática y con requerimientos de corneas, que permita establecer estudios confiables sobre la demanda potencial de trasplantes, a corto y mediano plazo.
- Dificultades en el acceso al registro en la base de datos de pacientes en espera de un órgano o tejido de pacientes cadavéricos.
- Falta de organización y de estructuras institucionales, que favorezcan las acciones de donación y que permitan detectar con oportunidad, obtener con calidad y utilizar oportunamente los órganos o tejidos de los pacientes que han fallecido en condiciones óptimas para ser donadores y cuya voluntad de altruismo sea reconocida y manifestada por su familia.
- Falta de Recursos Humanos capacitados para dirigir los procesos de donación en los Hospitales.
- Intereses económicos de los profesionales médicos relacionados con la actividad y que impactan en el manejo ético y legal de las acciones

¹⁶¹ Matesenz, Rafael y col, *El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes*; España, 2ª edición, Editorial Aula Médica, 2008 , p. 10

relacionadas, creando grupos de interés, que se conforman como redes de corrupción.

- El alto costo de los procedimientos quirúrgicos y del tratamiento postquirúrgico, de los trasplantes, que impacta la economía familiar e institucional.
- Marco político federal, insuficiente para regular y garantizar el cumplimiento de los principios éticos y legales en los Estados.
- Normatividad insuficiente para reglar la actividad de los Bancos de hueso y la comercialización de los insumos que se obtienen de este tejido.
- Deficiencia en la organización de la administración pública federal para la regulación de las acciones de los gobiernos estatales.
- Participación desvinculada de las organizaciones civiles relacionadas con la donación y los trasplantes de órganos, que además responden a intereses de grupos menores y no a los intereses de la mayoría de los pacientes.

Cada uno de estos factores, merece un análisis amplio para definir la magnitud del problema y el planteamiento de alternativas de solución.

4.4 Las dificultades de acceso al trasplante

4.4.1 La procuración y el problema de los costos

Como ya se especifico en el apartado del proceso de donación, para que un paciente tenga la oportunidad del trasplante, es necesario que en los hospitales autorizados por la Secretaría de Salud, cuenten con servicio de donación y personal capacitado para realizar los procesos de detección, certificación, evaluación y mantenimiento del potencial donador, además de la coordinación logística, para la procuración de los órganos.

La detección, el mantenimiento y la procuración, representan un costo para la unidad hospitalaria que alberga al potencial donador, debido a que el proceso requiere la utilización de recursos humanos, materiales y de infraestructura para certificar la muerte encefálica, para realizar las pruebas de laboratorio que descartan riesgos sanitarios, para dar la atención médica al paciente (fallecido) potencial donador en el servicio de terapia intensiva, a fin de garantizar la estabilidad homeostática y la conservación de la funcionalidad de los órganos hasta el momento de la procuración en el quirófano; generando costos por el uso de la hora cama de terapia intensiva y del quirófano.

De esta manera, la disposición de los órganos para el trasplante, no solo depende de la disposición de un donador fallecido, sino también de la de la capacidad organizativa de esa unidad hospitalaria y de que la política institucional permita que el grupo directivo esté dispuesto a invertir recursos humanos, materiales y de infraestructura, para obtener los órganos o tejidos, que en ocasiones, no serán utilizados en beneficio de sus propios pacientes.

Con apoyo de la normatividad, se resuelve en parte el conflicto económico, pues los lineamientos favorecen en primer instancia la distribución en las mismas instituciones que procuran, lo cual representa un buen argumento ante las familias que aceptan la donación y que manifiestan su preocupación de que los órganos no tengan un destino ligado al tráfico de órganos o a la concepción de explotación de los pobres. El saber que serán utilizados para pacientes del mismo sistema, los hace simbólicamente más cercanos al beneficiado y les da la esperanza de que si algún día ellos necesitan un trasplante, podrían verse beneficiados de otros asegurados de su propio sistema.

Bajo el criterio de prioridad institucional en la distribución de los órganos, la recuperación del costo de la procuración, se resuelve en parte, cuando los receptores son de la misma institución, es decir:

Si la procuración de los órganos se realiza en un hospital privado, y se trasplanta a pacientes receptores, de ese mismo hospital, o del mismo corporativo, los costos de procuración, serán cargados a la cuenta de los pacientes receptores.

Si la procuración se realiza en una institución de seguridad social como el IMSS o el ISSSTE, y los receptores son de esa misma institución, los gastos de procuración serán considerados en el presupuesto de la institución, mismos que recuperará a mediano plazo, cuando después del trasplante, la recuperación de ese paciente, disminuya gastos por procedimientos de diálisis, en el caso de insuficiencia renal crónica, o de atención de urgencias para pacientes con insuficiencia hepática.

Si la procuración del trasplante se realiza en un hospital público, y los pacientes receptores son del mismo sistema, la familia del donador, tendrá que pagar la cuota de recuperación que le sea impuesta, en ocasiones con ayuda de alguna organización civil, que cuentan mecanismo de apoyo al financiamiento de estos procedimientos. El costo en el mercado de los procedimientos quirúrgicos de trasplante, están en el rango de 150,000.00 (ciento cincuenta mil) y 450,000 (cuatrocientos cincuenta mil pesos).

El problema comienza cuando los órganos procurados, nos son trasplantados en hospitales del sistema de la misma institución, porque entonces los gastos por procuración no serán recuperados y es poco probable que una institución, este dispuesta a absorber estos costos con frecuencia.

El IMSS, que tiene un programa para incrementar las procuraciones de órganos, a fin de resolver las crecientes necesidades de su población asegurada y busca los mecanismos para asegurarse, en la medida de lo posible, que los órganos que se procuran en algún hospital del sistema de cualquier parte de la República, sean trasladados a cualquier otro hospital del país, en el que se encuentre un donador compatible. A pesar de las deficiencias de la organización, es una de las

instituciones que cuenta con más recursos logísticos para trasladar a los cirujanos de procuración para la recuperar los órganos, además es la institución que ha capacitado mayor número de coordinadores de donación y que tiene el mayor número de hospitales procuradores autorizados por la COFEPRIS.¹⁶²

La prioridad de distribución a las instituciones, causa conflicto con las autoridades de los servicios de salud estatales, quienes consideran justo que los órganos procurados a ciudadanos del Estado de que se trate, sean para la población de esa misma demarcación geográfica, independientemente de la institución a la que estén afiliados.

Esta es una situación de conflicto, no se ha podido resolver y ha creado un desacuerdo con las autoridades del nivel estatal, las autoridades nacionales de las instituciones y las autoridades del nivel federal, como actores del Sistema Nacional de Trasplantes.

Durante el sexenio de Vicente Fox, el gobierno del Distrito Federal, no estaba interesado en incorporar sus hospitales de segundo nivel de atención, como hospitales procuradores de la Red Nacional, a pesar de las virtudes que tienen esas unidades, en relación al tipo de pacientes que atienden, la razón principal de su negativa, era la percepción de explotación de su población, ya que el sistema de salud del Gobierno del Distrito Federal, no cuenta con hospitales para realizar trasplantes (hay que recordar que en la descentralización de los servicios de salud, los hospitales de alta especialidad o los institutos Nacionales de Salud, permanecieron bajo la responsabilidad del gobierno federal), en consecuencia, no tenía interés en invertir ni erogar recursos que no representarán un beneficio directo a sus pacientes.

¹⁶² La Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, dentro de la estructura de la Secretaría de Salud, tiene la atribución del control y vigilancia de los establecimientos de salud y del control sanitario de las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos células de seres humanos.

En los últimos años, han disminuido las tensiones políticas en materia de salud, entre el gobierno federal y el gobierno local, y en diciembre de 2008, se instaló el Consejo Estatal de Trasplantes del Distrito Federal, con la facultad para realizar convenios y acuerdos con fundaciones, instituciones públicas y privadas a fin de buscar alternativas para resolver las necesidades de trasplantes de los pacientes afiliados a su sistema. Desde el año 2010, el Hospital General de Xoco, funciona como hospital procurador y a través de un convenio, con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, cuando se detecta un potencial donador, el personal del Instituto se traslada para evaluar y procurar los órganos o tejidos, absorbiendo parte de los costos de procuración.

La política del Centro Nacional de Trasplantes, pretende orientar hacia la generación de convenios entre instituciones, que permitan incentivar el incremento de la actividad de donación y trasplantes, en beneficio de toda la población, si embargo, las experiencias aún son limitadas y en algunos casos es dudoso el equilibrio de los beneficios para todas las partes, ya que también se han involucrado otros actores de la sociedad civil y grupos de poder con intereses específicos.

4.4.2 El acceso al trasplante de órganos

Como lo hemos venido analizando con anterioridad, en México, a pesar de la presencia del Seguro Popular y de todas las políticas de salud de los últimos años, aún no hemos alcanzado la cobertura universal, ni podemos garantizar que todos los mexicanos que requieren un procedimiento quirúrgico costoso (fuera de los paquetes que se contemplan en el menú de cobertura del Seguro Popular) puedan acceder a él. Este es el caso de las personas que requieren de un trasplante renal, hepático, cardíaco, o de cualquier otro tipo.

Un paciente con insuficiencia orgánica que no tenga un empleo formal y en consecuencia no tenga acceso a servicios médicos de seguridad social, no capacidad de pagar las cuotas de recuperación que le demandarán los hospitales públicos de la Secretaría de Salud federal o los hospitales de los Servicios Estatales de Salud, aunque este registrado en el Seguro Popular, no tendrá la oportunidad de acceder a este tipo de terapia sustitutiva y en consecuencia, no será considerado para registrarse en la base de datos correspondiente.

Para quienes hayan tenido la oportunidad de acceder al sistema de atención médica con opción de trasplantes, la historia es otra. Una vez diagnosticado con insuficiencia orgánica y clínicamente apto para recibir un trasplante de órgano sólido, el médico tratante lo registra en la “base de datos de pacientes en espera de un donador cadavérico”. Aquí comienza la etapa más difícil del proceso, la espera de la oportunidad que le brinde el sistema de salud para acceder al trasplante antes de que la enfermedad le gane la batalla

Los pacientes, los familiares del paciente, los periodistas, los investigadores, y muchos más preguntan ¿cuál es el tiempo promedio, que espera de un paciente para recibir el trasplante, a partir del registro en la base de datos ya mencionada? La respuesta es variable, imprecisa y en ocasiones hasta desalentadora. Desafortunadamente, esta afirmación puede ser más grave para algunos pacientes y menos para otros, a pesar de que la normatividad para la distribución y asignación de los órganos y tejidos está orientada a mantener la equidad y la justicia, en la práctica, la situación no es tan simple, pues depende de varios factores:

- Las posibilidades económicas del paciente
- El tipo de órgano o tejido del que se trate
- El Estado de la República en la que se encuentre el receptor
- El tipo de servicios médicos con los que cuenta el paciente

- La institución y la unidad hospitalaria en la que este registrado el paciente.

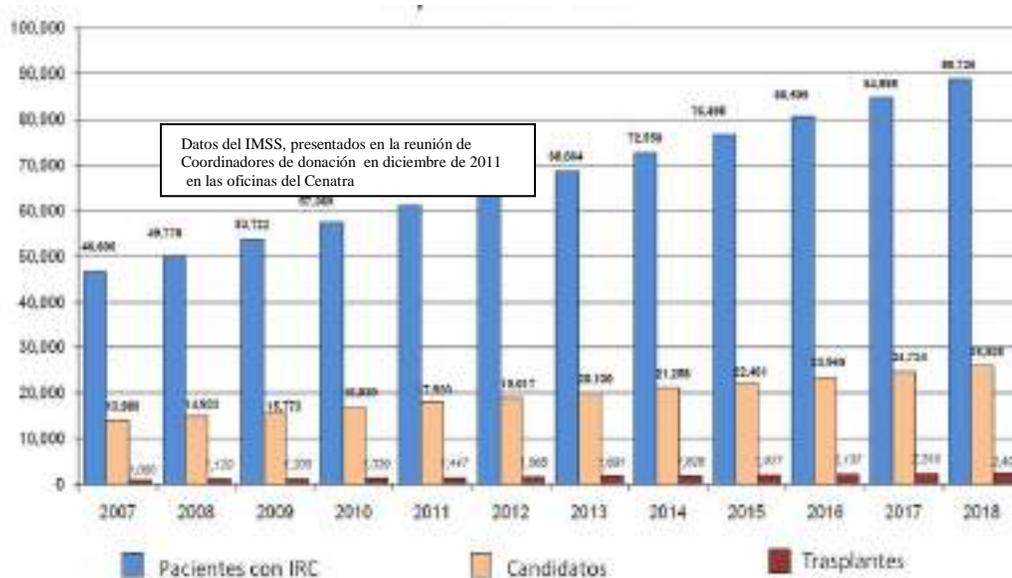
Aunque en este apartado hablaremos del trasplante de órganos sólidos; solo para ejemplificar la afirmación de la influencia de las posibilidades económicas de un paciente en la determinación del tiempo de espera para recibir el trasplante, consideraremos el caso del trasplante de corneas (las córneas son consideradas como tejidos). En este caso, si el paciente cuenta con el recurso suficiente para pagar la importación del tejido de Estados Unidos o Colombia además del costo quirúrgico en una institución privada, el tiempo de espera podría ser menor a tres meses, de no ser así, el tiempo de espera podría ser de uno a dos años, dependiendo de la institución en la que este registrado, además de otros factores. Esta información se analiza con mayor detalle en el apartado del “El acceso al trasplante de córnea y la propuesta del Seguro popular”.

Por otro lado, la definición del tipo de órgano o tejido que requiere un paciente, puede en principio, marcar diferencia de oportunidades de acceso al trasplante. Resulta mucho más fácil obtener riñones o córneas que corazones, hígados o pulmones, debido a la complejidad técnica para obtenerlos y conservarlos en condiciones adecuadas para ser trasplantados, pues se afectan fácilmente con la inestabilidad hemodinámica del paciente donador el tiempo de isquemia, es decir el tiempo que duran fuera del cuerpo humano una vez que han sido extraídos.

Aunque la demanda registrada en la base de datos del Cenatra, de pulmón, hígado y corazón es mucho menor, en comparación con otros órganos, sabemos que ese registro, no representa la demanda real, pues conforme lo analizamos en los datos estadísticos, una de las primeras causas de muerte en México, está relacionada con las enfermedades del corazón y de acuerdo con los datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), en México mueren anualmente 20,000 pacientes por enfermedades hepáticas, sin embargo, en el Registro Nacional de Trasplantes, solo hay 46 pacientes esperando un trasplante de corazón, 4 pacientes esperando un pulmón y 347 pacientes en espera de un hígado.

Existe una diferencia fundamental entre la demanda real y el acceso al registro y el acceso al trasplante. Un ejemplo claro es el contraste de los pacientes con insuficiencia renal crónica que son derechohabientes del IMSS, en relación al número de pacientes registrados en la base de datos de pacientes en espera de un trasplante de la misma institución y los datos referentes al número de pacientes que pueden acceder al trasplante.

La figura 8 muestra una gráfica con la proyección al año 2018, en la que se observa a los pacientes con insuficiencia renal crónica, los candidatos a trasplante y la proyección de los trasplantes realizados. De acuerdo con la proyección, en el año 2018 se espera que el IMSS tenga 88,726 (ochenta y ocho mil, setecientos veintiséis) pacientes con insuficiencia renal crónica, de los cuales solo estarán registrados en la base de datos del RNT, 25, 925 (veinticinco mil novecientos veinticinco) pacientes. De los pacientes registrados, se calcula que únicamente 2497 (dos mil cuatrocientos noventa y siete) pacientes recibirán un trasplante. Con lo cual se establece un margen escandaloso de pacientes sin oportunidad de recuperar la salud que morirán después de un periodo largo de tratamiento de diálisis que representará un gasto importante para la institución.



Bases de cálculo:

1. Crecimiento poblacional anual 1.6% en México. Incidencia anual de IRC 100 casos por 1 millón DH. Candidatos a trasplante 30% del total de pacientes con IRC.
2. Crecimiento promedio en trasplantes 5.1% anual [Historico de los últimos 10 años].

6/15

Figura 8. Tendencias 2007-2018 de pacientes con IRC, candidatos a trasplante y trasplantes realizados.

Respecto de la demanda de trasplante de riñón de pacientes fallecidos, podemos observar que la entidad federativa en la que se encuentre ubicado el receptor puede cambiar la situación de acceso al trasplante, porque en los estados de la región noroccidente y Distrito Federal se concentran la mayor cantidad de Hospitales con programas de trasplante renal y la mayor actividad de donación, mientras que la actividad en los estados del sureste del país es casi nula, lo que representa desventajas para los pacientes y las familias, de los estados menos activos.

Los ciudadanos de algunos estados como Campeche, Oaxaca, Guerrero, en el caso de que requieran un trasplante, tendrán que erogar gastos de traslado, a los estados en los que si hay posibilidades de recibir dicha atención, ya sea como usuarios de servicios privados, derechohabientes de algún sistema de seguridad social o para beneficiarse del servicio de los hospitales públicos.

No consideramos al seguro popular porque en su oportunidad hemos comentado que en los paquetes de servicio, no están contemplados los trasplantes de órganos sólidos.

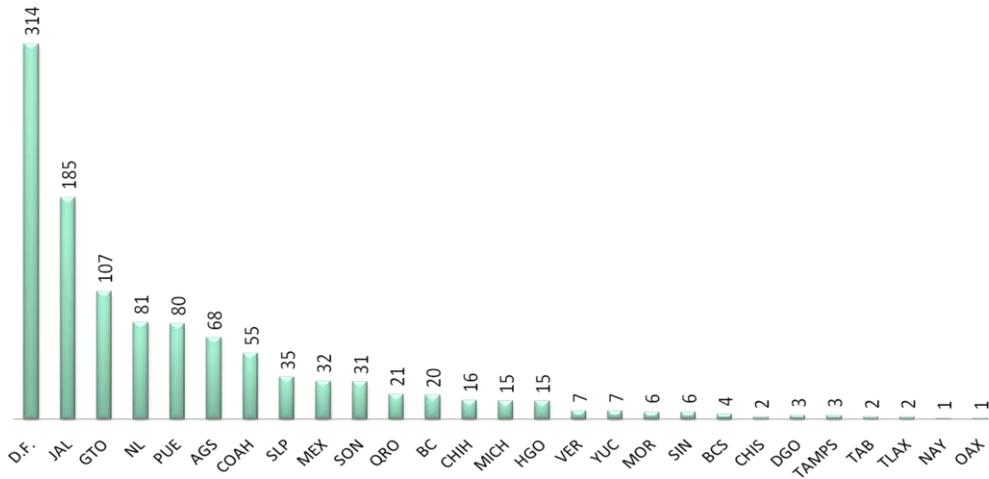
Por las características de gravedad de la insuficiencia renal crónica, los pagos por la atención en hospitales públicos o privados, o el costo medicamentos que no siempre cubren los sistemas de seguridad social, sumado al gasto que representa el continuo traslado de un lugar a otro, representan “gastos de bolsillo”¹⁶³ a las familias, lo que las expone a un mayor riesgo de enfrentar gastos catastróficos.

El médico tratante de este tipo de padecimientos, requieren la evaluación continua del paciente para garantizar que llegado el momento en que pudieran ser beneficiado con un trasplante, tenga los elementos para decidir clínicamente que está en condiciones de someterse a la cirugía. Un paciente con pocos recursos, que además no viva en la ciudad en la que está siendo atendido, es probable que no tenga posibilidades de asistir de manera regular y con ello perder oportunidades del trasplante, sobre todo, si no está en el esquema de la seguridad social, porque aun cuando utilice los servicios públicos, ha tenido que erogar gastos por procedimientos médicos, compra de medicamentos y gastos de traslado y viáticos.

En la figura 9 podemos observar una gráfica con la actividad de trasplante renal por entidad federativa y en ella podremos observar que Estados como Guerrero, Tlaxcala, Quintana Roo y Campeche, no tienen actividad de trasplantes, mientras que la actividad se concentra principalmente en el Distrito Federal, Jalisco, Guanajuato, Nuevo León y Puebla.

¹⁶³ De acuerdo con la información 2002 para la rendición de cuentas en salud, en México, emitido por la Secretaría de Salud en el año 2003, El gasto total en salud en México representa el 5.8% del PIB, y aproximadamente el 58% del gasto total en salud proviene del propio bolsillo de las familias.

TRASPLANTE TOTAL RENAL, POR ESTADO AL 1ER. SEMESTRE DE 2011



Fuente: SIRNT, 15/07/2011

Figura 9. Trasplante renal por estado al 1er semestre del 2011. Sistema del Registro Nacional de Trasplantes.

La condición fragmentada del Sistema de Salud Mexicano, representa otra de las fuentes importantes de desigualdad e inequidad en el acceso a la distribución y asignación de los órganos y tejidos.

Si analizamos, como ejemplo, la actividad de trasplante renal por institución y por unidad hospitalaria, observaremos que la mayor actividad se realiza en las unidades hospitalarias del IMSS y en hospitales privados, mientras que el ISSSTE es una de las instituciones con menor número de hospitales registrado y menor actividad reportada. Los casos de procuración de órganos y tejidos por donación cadavérica es prácticamente anecdótica.

lo que significa que cualquiera que trabaje para el Estado, en el caso de requerir un trasplante, podrá ser registrado en la base de datos, pero a menos que cuente con la opción de un donador vivo, difícilmente tendrá acceso al trasplante, si dentro de esa red de hospitales procuradores no incrementa la actividad de donación. La

razón por la que no hay actividad de trasplantes, es que las unidades autorizadas no están realizando procesos de donación, por falta de personal capacitado y de disposición de recursos.

La figura 10 muestra una tabla obtenida con los datos del Registro Nacional de Trasplantes permite observar que las unidades médicas con mayor actividad están ubicadas en Jalisco, Distrito Federal, Nuevo León, y Coahuila. Los siguientes lugares los ocupan dos hospitales privados, ubicados en Morelos y Guanajuato.

Actividad de trasplante renal a través de pacientes fallecidos, por unidad hospitalaria y la ubicación institucional en el Sistema.
Fuente SIRNT 15/05/2011

| HOSPITAL | TOTAL | DEPENDENCIA | ESTADO |
|---|-------|-------------|------------------|
| HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. DE OCCIDENTE | 212 | IMSS | Jalisco |
| HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES NO. 25 | 85 | IMSS | Nuevo León |
| U.M.A.E HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR ANTONIO FRAGA MOURET" DEL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA | 80 | IMSS | Distrito Federal |
| U.M.A.E. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES NO. 71 | 77 | IMSS | COAHUILA |
| INSTITUTO MEXICANO DE TRASPLANTES S.C. | 68 | PRIVADO | MORELOS |
| NUEVO SANATORIO DURANGO S.A. DE C.V. | 65 | PRIVADO | DISTRITO FEDERAL |
| HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJIO | 65 | SSA | GUANAJUATO |
| HOSPITAL MIGUEL HIDALGO | 64 | SSÉ | AGUASCALIENTES |
| U.M.A.E HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL | 63 | IMSS | DISTRITO FEDERAL |
| U.M.A.E. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. GRAL. DE DIV. "MANUEL AVILA CAMACHO" | 61 | IMSS | PUEBLA |

Figura 10 Actividad de trasplante renal a través de pacientes fallecidos, por unidad hospitalaria y la ubicación institucional en el sistema 2011. Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes

Los servicios de salud de Petróleos Mexicanos y de las fuerzas armadas, recientemente se han incorporado al sistema de Trasplantes con algunas unidades médicas, sin embargo su productividad aún es baja.

Los servicios Estatales de salud de algunos estados están incorporándose al sistema, abriendo servicios de trasplante en sus unidades médicas, y aun cuando hay buenas experiencias, los resultados generales aún son pobres.

Los Institutos Nacionales de Salud, que dependen del gobierno federal, atienden a pacientes de esferas socioeconómicas diversas, pero dentro de su protocolo de atención, consideran como requisito para acceder al trasplante, la posibilidad económica del paciente para garantizar el tratamiento postquirúrgico, es decir el consumo regular de medicamentos inmunosupresores que favorecen que el organismo no rechace el órgano y no se pierda el injerto. Ese tipo de tratamiento es caro y de larga duración, por lo que a menos que se tenga el acceso a un servicio de seguridad social o un buen fondo económico familiar, no se podrá garantizar. En

ocasiones algunas Organizaciones apoyan temporalmente este tipo de tratamientos.

En resumen, hay una diferencia de acceso al trasplante, en virtud de la posibilidad económica del paciente y su familia para sobrevivir a la presencia de los gastos catastróficos que representa la enfermedad, a la oportunidad que tenga cada mexicano de acceso al trabajo, del sistema de seguridad social al que accede o la disposición de servicios médicos en su lugar de origen.

4.4.3 El conflicto en el manejo del tejido osteo - tendinoso (hueso, tendones y otros tejidos de la misma naturaleza)

Una de las tecnologías más importantes dentro de la oftalmología, la cirugía plástica y la ortopedia, en los últimos cincuenta años, ha sido la utilización de corneas, piel, tendones o huesos para el uso de injertos, tratamiento de quemaduras, úlceras crónicas, problemas en los ojos, en los dientes, etcétera. Estos tejidos, permiten la realización de procedimientos quirúrgicos que contribuyen a mejorar la calidad de vida de muchos pacientes.

El tejido, se obtiene en hospitales con licencia de procuración, a través de cirugías de extracción, en pacientes fallecidos, que son autorizadas, de manera altruista, por los familiares, sin retribución económica.

Particularmente, el tejido osteotendinoso (hueso, tendones y otros tejidos), es *procurado* por personal capacitado, que labora para los bancos de hueso que tienen licencia como “Bancos de tejido”.

En la Ley General de Salud, en la fracción XV, se define como Banco de tejidos con fines de trasplante, a los establecimientos autorizados que tengan como finalidad primordial mantener el depósito temporal de tejidos para su preservación y

suministro terapéutico. La autorización del funcionamiento del Establecimiento como Banco, debe ser otorgado por la Comisión Federal para la Previsión de Riesgos contra la Salud (COFEPRIS)

En México, se tienen registrados cinco programas de banco de hueso ante COFEPRIS, estos son:

- El del Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León (funciona como privado), ubicado en la Ciudad de Monterrey
- Novoinjertos S.C., (privado), con la casa matriz en la Ciudad de México, pero con convenios para obtención de hueso en Hospitales de la Secretaría de Salud, en más de 12 estados de la República.
- Instituto Mexicano de Biotecnología S.C. (privado) ubicado en la Ciudad de Guadalajara, Jalisco. Ha generado convenios con representación en varios estados de la República, sobre todo en el noroccidente.
- Banco Estatal de Tejidos (de los Servicios de Salud del Estado de México), ubicado en Toluca Estado de México, que tiene convenios con Hospitales del Estado de México y recientemente está expandiendo su área de influencia
- Instituto Nacional de Rehabilitación (De la SSA Federal) ubicado en el Distrito Federal, con convenios con algunos Institutos Nacionales, pero con escasa actividad.
- Banco de Tejidos Radioesterilizados (BTR) del Instituto Nacional de Investigaciones Nucleares (ININ), ubicado en las Federales de la Secretaria de Energía. Hace un trabajo importante de radio-esterilización para otros bancos de tejido.

De acuerdo con el procedimiento hospitalario, una vez que un Coordinador de donación de órganos y tejidos identifica a un potencial donador, probablemente de órganos y tejidos específicamente, para el caso que nos interesa, después de abordar a la familia y obtener el consentimiento para la donación altruista,

entonces llamará a la organización del Banco de tejido con el que la institución tenga convenios para avisar que hay un donador en proceso.

El coordinador hospitalario, atenderá la logística de la procuración y en el caso de que la donación incluya tejido óseo, los procuradores de hueso, harán su labora hasta el final.

En una cirugía de procuración de tejido óseo, normalmente se obtienen Extremidades inferiores como: huesos iliacos, fémures, tibias, peronés y rótulas, Extremidades superiores como: húmeros, cúbitos y radios, vértebras, maxilares y algunos tendones.

Los expertos refieren que a partir de una donación de tejido óseo, se podría beneficiar hasta a 250 personas en procedimientos de cirugía: ortopédica, de tumores óseos, de columna, odontológica y cirugía plástica.

Hasta aquí todo parece excelente, sin embargo existen varios problemas que no se comentan con frecuencia:

- Si bien los bancos de hueso están contemplados en la ley general de salud mexicana, no existe una norma oficial mexicana específica para ellos, por lo que no queda muy claro cuales sean los requisitos mínimos solicitados por el gobierno para su funcionamiento ni como son evaluados.
- Los órganos sólidos que se obtienen de un donador, una vez retirados del cuerpo del donador, tienen escasas horas para colocarse en el receptor, ya que de no ser así, se corre el riesgo de que dejen de ser funcionalmente útiles. Aún las córneas obtenidas, apenas cuentan con doce días para colocarse, antes de que pierdan su función.
- Los tejidos osteotendinosos, a diferencia de los órganos sólidos, una vez que llegan al banco y que son sometidos a procesos de esterilización, cumpliendo con diversos criterios técnicos, podrán durar meses o años en espera de ser colocados en un receptor que los requiera.

- El tratamiento para la esterilización del hueso, es un procedimiento especializado, que en México está en manos de un grupo oligárquico de empresas privadas.
- Cuando los tejidos son sometidos a procedimientos de esterilización, dejan de considerarse como tejidos y pasan a la categoría de insumos y bajo la condición de insumos, ya no están obligados a cumplir los criterios de “no comercialización y de no sacarse del país y mucho menos la obligatoriedad de distribuirse sin costo, bajo lineamientos de equidad y justicia.
- Retomando el principio de altruismo de la Ley General de Salud y lo referido en el artículo 317 de la misma Ley, en el que se especifica que “los órganos, tejidos y células no podrán ser sacados del territorio nacional” salvo que estuvieran cubiertas las necesidades nacionales, en el caso de la procuración y distribución del hueso, bajo su condición de insumo, la venta fuera del país, es legal representa un redituable negocio.
- La anterior, es una condición que rompe los principios de la equidad y la justicia social que originalmente persigue la Ley General de Salud y los lineamientos de distribución y asignación, porque la donación altruista de hueso no representa ninguna ventaja para la población de escasos recurso. Aun los usuarios de las instituciones de seguridad social, ante la crisis financiera que enfrentan esas instituciones, tampoco tienen asegurada la obtención del producto para la recuperación de su salud.

El conflicto de equidad y justicia social, respecto al tema de la distribución de tejidos osteotendinoso, puede resumirse de la siguiente manera:

En las unidades hospitalaria, a través de la labor de los coordinadores de donación de órganos y tejidos, se obtienen tejidos para trasplante, de personas fallecidas, gracias a sus familiares, que actúan bajo el principio del altruismo y solidaridad, es decir sin recibir retribución económica, independientemente del nivel socio económico que pudiera tener y bajo el entendido que los órganos y tejidos son un bien social y no un objeto de compra-venta.

El tejido es retirado por el personal del banco, que normalmente son provienen de bancos privados. El tejido es esterilizado, empaquetado, etiquetado y guardado, convirtiéndose en insumo, lo que autoriza a la empresa para ponerles un precio y venderlos a los ciudadanos que puedan pagar el costo establecido por la “Ley de la oferta y demanda”¹⁶⁴ en este ámbito del mercado.

Para tener una idea de los costos que alcanzan estos productos en el mercado, podemos comentar que el costo un tendón de Aquiles, oscila entre 2 mil y 5 mil dólares. 100 mg. de chip de hueso granulado esponjoso que se utiliza para tratamientos odontológicos, tiene un costo en el mercado de 6,413.00 pesos mexicanos, ¹⁶⁵ lo que hace difícil que personas de escasos recurso, sin servicios médicos de seguridad social, puedan acceder a estos productos, para su tratamiento y la recuperación de su salud.

Un ejemplo, es la empresa Novoinjertos S.C., que bajo la denominación de Banco de Tejidos, realiza convenios con hospitales públicos, para que el “Coordinador de donación hospitalario” solicite a la familia la donación de hueso. Los convenios especifican que el banco se lleva todo el tejido para darle tratamiento y en apariencia, devuelve el 10 % del producto procesado a la institución, para el tratamiento de sus pacientes y se queda con el 90% del producto. Esos convenios no tienen mecanismos claros de supervisión y no son auditables, sin embargo, alrededor de esto, hay una serie de beneficios económicos, como incentivos por comisión al Coordinador de donación y probablemente a otros funcionarios, lo que hace suponer que se crean “círculos de corrupción” que al final no representan ventajas a la población, pero representan ganancias millonarias a la empresa.

La empresa Novoinjertos, registrada como una Sociedad Civil, incentiva la donación altruista, pero comercializa los productos que obtiene a través de una empresa llamada Biograft de México registrada como una Sociedad Anónima de Capital

¹⁶⁴ En la Ley de la demanda, la cantidad que se demanda de una mercancía, varía en proporción inversa al precio (siempre que las condiciones objetivas y subjetivas no varien) y en la Ley de la oferta: la cantidad que se ofrece de una mercancía varía en proporción directa a su precio (siempre que las condiciones objetivas y subjetivas no cambien)

¹⁶⁵ <http://www.tiendavirtualodontologica.mx/category>.

Variable, que además de las ventas que realiza en México, realiza exportaciones a China y otros países del Sur de América, como en el de Perú, al que exporta entre otros productos, en agosto de 2011, exportó Tendón procesado (Tendones, hueso-tendón-hueso y Fascia Latatendones) ¹⁶⁶

De acuerdo con lo que publica Biograft, en la página del Sistema Integral de información sobre Investigación Científica y Tecnológica (SIICYT), a través de uno de sus gerentes, esa empresa reconoce en términos de mercado, que:

“La demanda actual es muy amplia pero la oferta es insuficiente por la escasa disponibilidad de materiales importados. La demanda real es 4 o 5 veces más elevada que lo que actualmente se importa. El valor del mercado potencial se estima anualmente en \$19.5 millones de dólares. Se estima cubrir el 40% de la demanda actual durante el primer año, considerando que en cuanto se difunda el producto la demanda superará la capacidad de producción durante los 5 años siguientes”.

Por otro lado refiere que “La competencia en México podría considerarse como nula, pues la disponibilidad de implantes de tejido humano en el país es muy baja comparada con la necesidad real”. ¹⁶⁷

La mayoría de los convenios de Novoinjertos, están firmados con hospitales públicos de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud Estatales, que suelen ser más independientes en sus gestiones y cuya normatividad es menos restrictiva, Algunos convenios son con Hospitales del Instituto de Seguridad y Servicios Social de los Trabajadores Del Estado (ISSSTE).

Sin embargo no les ha sido posible a los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social, porque su normatividad interna no lo facilita. Además el IMSS, tiene un proyecto de Banco de tejidos, que no ha podido poner en servicio, debido la falta de recursos económicos para completar la inversión necesaria y por falta de

¹⁶⁶ <http://importstoperu.blogspot.com/search?updated-min=2011-01-01T00:00:00-08:00&updated-max=2012-01-01T00:00:00-08:00&max-results=50>

¹⁶⁷ <http://www.siicyt.gob.mx/siicyt/docs/tecnologicos/Biograft.pdf>

recursos humanos capacitados, a más de la dificultad concretar las fuentes del insumo.

Respecto a los Bancos Públicos, se puede decir que tienen baja captación del tejido, porque aun cuando tienen algunos convenios, con Hospitales de la misma institución, también tienen dificultades para competir con los incentivos que otorgan los Bancos privados, a los personajes involucrados en el proceso de la donación, a más de la poca inversión que aplican las instituciones de salud y el escaso recurso humano con habilidades de procuración, que pueda trasladarse a los Hospitales donadores.

Ahora, no queremos decir con esto, que no deban de existir los bancos privados, que al final, hoy en día, son una importante fuente de material procesado, pero de lo que estamos seguros, es que tendría que regularse los convenios, con los Hospitales públicos, para garantizar una ventaja real a la sociedad. Por otro lado, resulta fundamental el fortalecimiento de los bancos públicos a través de las instituciones de salud, a fin de crear competencia y oportunidades reales a la población que lo requiere, con la generación de insumos manejados en costos de producción y no en costos de mercado.

4.4.4 El acceso al trasplante de córnea

Tal como se refirió en el apartado del panorama epidemiológico de México, la Diabetes Mellitus, representa la principal causa de muerte de la población mexicana y debido a que se trata de una enfermedad crónico degenerativa, entre otras consecuencias, ha representado la principal causa del incremento de padecimientos de insuficiencia renal y de la caída del botón corneal, esta última, con la consecuente incapacidad visual.

Como ya se mencionó, la “insuficiencia renal” pone en riesgo la vida del paciente y tiene un alto impacto social y económico en el individuo, la familia, los sistemas de atención a la salud y el sector productivo, ya que la enfermedad es incapacitante y

el tratamiento de soporte, quirúrgico y postquirúrgico, requieren del uso de tecnología compleja y costosa, porque además de enfrentar las dificultades para acceder a un órgano disponible para el trasplante, también requieren que una vez trasplantado, el paciente consuma durante muchos años, medicamentos inmunosupresores que representan un gasto importante y que difícilmente puede sostener solo un individuo.

Por otro lado, los pacientes con incapacidad visual, que salvo en algunos casos, no tienen el riesgo de perder la vida, sin embargo de igual manera, representan un gasto social importante a los sistemas de aseguramiento por concepto de pensiones y la pérdida de oportunidades económicas para el individuo o su familia.

Los pacientes que son sometidos al trasplante de cornea, tienen la ventaja de posterior al evento quirúrgico, no van a requerir tratamientos de inmunosupresores sistémicos, por lo que no tendrán que enfrentar esos gastos y además en dos meses pueden reintegrarse a la vida común y productiva, lo que representa la recuperación de oportunidades sociales.

En las estadísticas que emite el Centro Nacional de Trasplantes, a través del Registro Nacional, se puede observar que el trasplante de corneas, representa la mayor demanda quirúrgica en el campo. De un total de 15,248 ¹⁶⁸pacientes registrados en el sistema, 6,846 pacientes necesitan un trasplante de cornea, lo cual representa el 44% del total.

Lo preocupante es el número potencial de pacientes que en pocos años van a requerir un trasplante. Si calculamos en los últimos diez años, se han realizado un total de 24,248 trasplantes y que se estima que en pocos años, la demanda anual potencial, será de 4000 pacientes, eso significa, que El sistema Nacional de salud, tiene un gran reto para buscar soluciones para prevenir estos padecimientos y la

¹⁶⁸ SRNT 13/10/11

búsqueda de soluciones para incrementar de manera acelerada, la actividad de donación de tejido corneal e incrementar el número de trasplantes, que se realicen por año.

Como se ha venido comentando, el primer problema de la terapéutica de los trasplantes, es que el insumo principal (órganos o tejidos) solo pueden ser extraídos de personas que, en el caso de las corneas, hayan fallecido y sus familiares tengan la disposición altruista de donar, para el beneficio de los pacientes que están en espera.

Durante muchos años ha habido poca actividad de donación en el país, por lo que el Instituto Mexicano de Seguro Social, en esta última década, considero en sus gastos, la importación de corneas a Estados Unidos de Norteamérica, lo cual, además de ser insuficiente, representa un gasto importante, si se considera que el “donativo” por gastos de procuración y conservación, de cada una de ellas, es de aproximadamente 15,000 pesos, y que muchos cirujanos se quejaban de la mala calidad del tejido.

En los últimos años, ha crecido la actividad de donación de órganos y tejidos en el país, lo que ha permitido avanzar en la atención de estos pacientes y cabe mencionar que el IMSS, que es la Institución de Seguridad Social que más actividad de donación y trasplante tiene, ha disminuido el número de procedimientos quirúrgicos realizados con trasplante de córnea extranjera y se ha incrementado el número de procedimientos quirúrgicos con corneas mexicanas, tal como se puede apreciar en la figura 11.

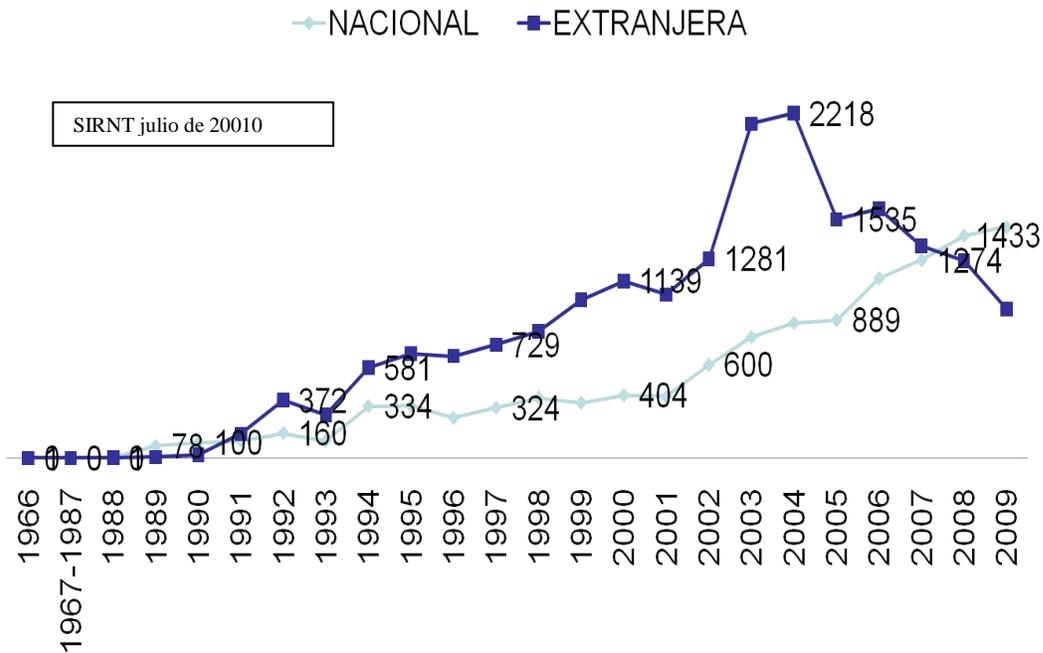


Figura 11. Trasplante corneal en México 2010. Sistema informático del Registro Nacional de Trasplantes

El ISSSTE, los servicios Estatales, y la Secretaría de Salud no reportan compra de córnea extranjera para la atención de sus pacientes, dependen básicamente de el insumo que obtienen a través de las actividades de procuración nacional y como puede observarse en la gráfica siguiente, El Distrito Federal, El Estado de México, Jalisco, Nuevo León, Guanajuato, Aguascalientes y Puebla, que son las entidades que mayor actividad de donación tienen, también representan las entidades con mayor actividad de trasplante. Estados como Guerrero, Chiapas, Quintana Roo, no reportan una sola actividad de Trasplantes, por lo que los ciudadanos de esos Estado, a menos que tengan recursos económicos suficientes para pagar un trasplante privado en Hospitales privados fuera de Su Estado, no podrán acceder al trasplante. En la figura 12 se puede observar la actividad de trasplante de córnea, que se realizan en las Entidades Federativas.

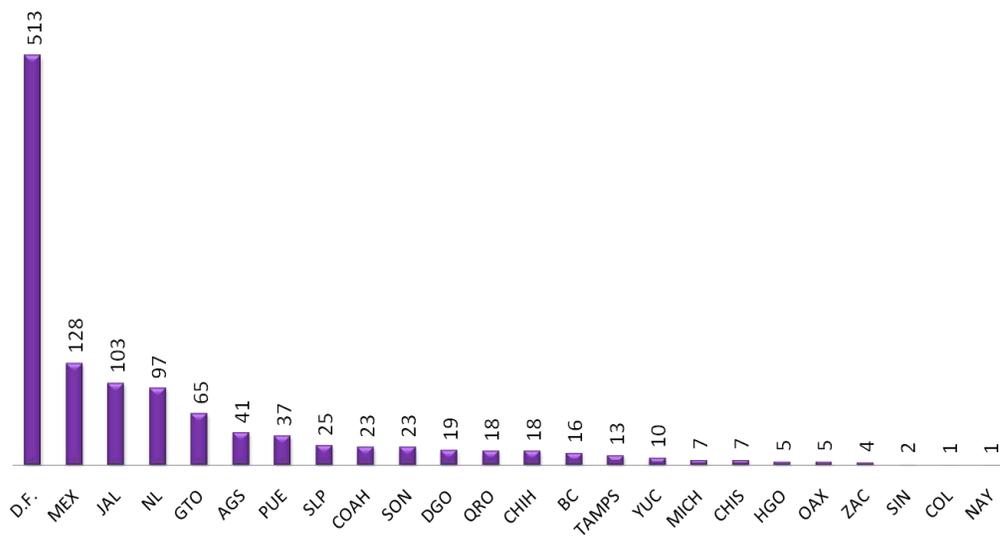


Figura 12. Trasplante total de córnea por estado al 1er. Semestre de 2011. Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes.

También las empresas médicas privadas, importaron corneas para la atención de los pacientes que estaban en disposición de pagar los costos de este tipo de procedimiento y es importante señalar, que el mayor número de trasplantes que se hacen en México, no se hace en las instituciones públicas, sino en las instituciones de asistencia privada o empresas privadas de servicios Médicos, como El grupo Ángeles, lo cual significa, que el acceso, está orientado por el acceso económico al costo de dichos procedimiento.

El costo de los trasplantes en Instituciones de Salud Pública, o de asistencia privada con carácter social, de acuerdo con los resultados del estudio socio económico del paciente, pueden variar desde 20,000 pesos hasta 50,000 mil. En la mayoría de estos casos, el paciente tendrá que esperar a recibir una cornea de donador cadavérico mexicano, que le será asignada, cuando de acuerdo a los lineamientos de distribución y asignación, le corresponda.

En hospitales de empresas médicas privadas, dependiendo de la empresa médica de que se trate, un paciente pagará por el trasplante, desde 70,000, hasta 100,000 pesos y podría acordar con su médico, la adquisición del tejido extranjero para acelerar el tratamiento.

En la tabla siguiente, con base en información del Sistema del registro Nacional de trasplantes del año 2009, se lista de manera decreciente, a las unidades trasplantadoras con mayor actividad y puede observarse que en los primeros lugares se encuentran las organizaciones de Iniciativa privada, también destaca el IMSS con tres unidades hospitalarias del Distrito Federal y se alcanza a colocar un Hospital de la Secretaría de salud, ubicado también en el Distrito Federal. En todo caso cabe preguntar ¿cómo resuelven las otras instituciones como el ISSSTE o las Fuerzas armadas, el problema de los asegurados de esas instituciones?

| ESTABLECIMIENTO | INSTITUCION | ENTIDAD FEDERATIVA | TOTAL |
|--|-------------|--------------------|-------|
| INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA (FUNDACION CONDE DE LA VALENCIANA) | I.A.P. | DISTRITO FEDERAL | 236 |
| ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO I.A.P. | I.A.P. | DISTRITO FEDERAL | 133 |
| U.M.A.E. HOSPITALES DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL | IMSS | DISTRITO FEDERAL | 100 |
| FUNDACION HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA LUZ | I.A.P. | DISTRITO FEDERAL | 88 |
| UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES NO. 25 | IMSS | NUEVO LEÓN | 80 |
| HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSE E. GONZALEZ" | I.A.P. | NUEVO LEÓN | 56 |
| HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA | IMSS | DISTRITO FEDERAL | 55 |
| HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO ORGANISMO PUBLICO DESCENTRALIZADO | SSA | DISTRITO FEDERAL | 50 |

Figura 13. Hospitales con más trasplante corneal 2009. SIRNT

Algunos de esos pacientes, sin duda han recurrido a los servicios privados que dependen de la corneas importadas, generando un **gasto de bolsillo**, a pesar de que cuentan con un servicio de seguridad social. En la figura 14 se observan las actividades de trasplante corneal que utilizan corneas extranjeras como insumo y en la tabla obtenida con datos del RNT, en el año 2009 se observa nuevamente, la presencia de las Instituciones de Asistencia privada, que recuperan algún costo de los pacientes y de las empresas privadas de servicios de salud

| ESTABLECIMIENTO | INSTITUCION | ENTIDAD FEDERATIVA | CORNEA EXTRANJERA |
|--|-------------|--------------------|-------------------|
| ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO I.A.P. | I.A.P. | DISTRITO FEDERAL | 133 |
| INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA (FUNDACION CONDE DE LA VALENCIANA) | I.A.P. | DISTRITO FEDERAL | 104 |
| FUNDACION HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA LUZ | I.A.P. | DISTRITO FEDERAL | 88 |
| HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSE E. GONZALEZ" | I.A.P. | NUEVO LEÓN | 56 |
| LASER OCULAR LOMAS S.C. | PRIVADO | DISTRITO FEDERAL | 40 |
| CLINICA PROVISTA | PRIVADO | JALISCO | 31 |
| OFTALMOLASER DE MEXICO S.A. DE C.V. | PRIVADO | DISTRITO FEDERAL | 28 |
| SANATORIO OFTALMOLOGICO MERIDA, S.A. DE C.V. | PRIVADO | DISTRITO FEDERAL | 25 |

Figura 14. Hospitales con más trasplante corneal extranjera 2009. SIRNT

Como ya se refirió, en el año 2002, se inicia el plan piloto de aseguramiento voluntario para población sin seguridad social, conocido como Seguro Popular que inicia formalmente en mayo de 2003, con reformas a la LGS, en la que se adiciona un capítulo sobre la creación del Sistema de Protección Social en Salud y que se impulsa mediante la contratación voluntaria de un seguro que esta subsidiado con fondos federales, estatales y aportación familiar (tripartita) que cubre un paquete de servicios básicos ambulatorios, de hospitalización y que de acuerdo con el artículo 77 bis 1, de la LGS, que en su inicio se plantea como la disposición de, servicios de consulta externa en el primer nivel de atención y la consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención”, pero no están considerados ningún tipo de trasplantes ya que están considerados como procedimientos quirúrgicos del tercer nivel de atención, además del costo tan alto que implica.

Al mismo tiempo, como los trasplantes son una terapéutica de alto impacto social, reúne los criterios para considerarlo en el rubro de gastos catastróficos, que contempla la LGS, en el Sistema de Protección Social en Salud, por lo que desde el año 2008, se considero la inclusión del trasplante de cornea, sobre todo porque en este procedimiento, el costo quirúrgico es menor y no requiere tratamiento postquirúrgico.

No todos los estados tuvieron condiciones para jalar recursos de este rubro para la atención de sus pacientes, porque el insumo principal que es la cornea, no lo tenían disponible, a demás de que los problemas de organización de sus sistemas Hospitalarios que no tenían condiciones para incrementar o iniciar la actividad de procuración de córnea. Sin embargo, en el año 2011, formalmente se incorporó el trasplante de cornea dentro de los paquetes de atención y con ello se está trabajando un proyecto para incentivar la procuración.

El gobierno de Felipe Calderón ordenó la creación de un fondo que permita incentivar a los hospitales procuradores de córnea, a través de un programa que permita retribuir gastos por aproximadamente 5000.00 pesos al Hospital que procure corneas, en cada evento, y 20,000 pesos por evento a los Hospitales trasplantadores.

Este último mecanismo, sigue en proceso de definición, pero, con la salvedad de que se realice bajo procedimientos condicionen la rendición de cuentas y la transparencia de la información, Puede representar una excelente oportunidad para los servicios de salud de los gobiernos estatales, sobre todo para aquellos que tienen poca o nula actividad.

Esta nueva situación, disminuye el gasto por adquisición de corneas extrajeras, incentiva a los profesionales, incrementa la productividad nacional en procuración e incrementa los trasplantes con tejido de mejor calidad, que además podrán impactar en la disminución de la demanda actual y la demanda potencial de los siguientes años.

Desafortunadamente la definición de los lineamientos no esta terminado y para la fecha de cierre del sexenio, tendrá que apresurarse la implementación, lo que representa riesgos en los mecanismo de efectividad y de supervisión.

Hay que recordar que en la evaluación del SPSS, realizada en el año 2007, por la empresa Investigación en salud y demografía S.C. (INSAD),¹⁶⁹ se identificó que cuenta con elementos duros que muestran resultados importantes en la consecución de sus objetivos pero no se dispone de puntos de referencia (metas) en los niveles de Propósito y Fin para valorar si los avances puedan considerarse o

¹⁶⁹ Urbina Manuel y Col. Evaluación de Consistencias y resultados 2007, del Sistema de Protección Social en Salud, Investigación en salud y demografía S.C. México.
http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/evaluaciones/ecr07/resumen_ejecutivo_spss07.pdf

no adecuados. En cuanto a indicadores de eficacia, eficiencia y economía, así como en actividades que permitan mejorar la eficacia.

También se requiere la implantación de sistemas de contabilidad de costos para los Componentes y Actividades que permitan medir el desempeño del SPSS.

Con estos antecedentes, el proyecto tendría que estar fortalecido en estas áreas desde el principio, con mecanismos de operación bien definido a fin de facilitar a los gobiernos estatales la operación y ejercicio del recurso.

Finalmente es importante referir que algunos gobiernos estatales, ya ha incursionado en este campo, como es el caso del Gobierno del Estado de Michoacán. Los buenos resultados de este programa, se deben en gran medida, a la voluntad política que ha permitido que se inyecten recursos del presupuesto del Estado y la labor de capacitación para fortalecer las áreas de procuración. Esto demuestra la importancia de la participación de los gobiernos locales y de la definición estratégica de los problemas en la organización que se requiere atender para garantizar los resultados esperados.

CONCLUSIONES

Después de la revisión teórica y práctica de la materia, podemos concluir lo siguiente:

- I. No es posible llegar a definiciones únicas de justicia social y de equidad, porque existen diversas aproximaciones filosóficas y ético-valorativas sobre estos conceptos, que han marcado el desarrollo de los sistemas de salud y la concepción sobre la equidad sanitaria.
- II. Ante la crisis fiscal y política de los Estados sociales en el mundo, la transición del Estado social del Bienestar al neoliberalismo y la implementación de la economía neoclásica, se ha cambiado la perspectiva del reconocimiento de los derechos sociales a la igualdad de oportunidades, de la universalidad a las propuestas recientemente selectivas, de la solidaridad a la individualización de costos, de la integralidad a la fragmentación y de la equidad social a equidad sectorial.
- III. En México, la transición, ha llevado a la conformación de un Estado que ha reducido su papel como financiador y productor de servicios, orientándose hacia la atención de los sectores más pobres con programas básicos, lo que es claramente observable en el fortalecimiento jurídico y organizacional del Sistema de Protección Social en Salud, que se opera a través del “Seguro Popular”, en comparación al debilitamiento de las Instituciones de Seguridad Social.
- IV. A partir de la filosofía liberal de la justicia, las reformas mexicanas en el ámbito de la salud y la seguridad social, han promovido la visión de **la salud como un bien privado** y su atención como un problema mercantil de costo-beneficio y costo-efectividad, desafortunadamente, como lo explica Joseph E. Stiglitz, el mercado sanitario está plagado de imperfecciones que provocan

la falta de oportunidad de muchos mexicanos de adquirir bajo su propia responsabilidad los servicios de salud.

- V. A la evaluación del Sistema de Salud en México le aplica la explicación de Rawls respecto de que las desigualdades sociales en salud son injustas porque se deben a una división del trabajo en la sociedad, porque coloca a determinados grupos de personas en desventaja.

- VI. La falta de empleo que enfrenta la población joven y sobre todo la población vieja en este país, significa numerosos grupos poblacionales con dificultad para cubrir las necesidades básicas y con grandes limitaciones de acceso a la salud. La situación de desempleo, los lleva a la pérdida de oportunidades para acceder a servicios de seguridad social, la imposibilidad de pagar servicios privados y las escasas posibilidades de resolver la totalidad de sus necesidades médicas, a través del Seguro Popular, debido a que este no tiene una cobertura integral ni universal, lo que los pone en condiciones de desigualdad y vulnerabilidad, sobre todo cuando se trata de enfermedades tan devastadoras en el ámbito económico, como es el caso de los trasplantes.

- VII. Los principios de universalidad e integralidad de la atención médica, se vulneran ante la presencia de un sistema de salud fragmentado y organizado por sectores económicos que facilita la desigualdad en la capacidad financiera, de infraestructura y de organización, de las Instituciones así como la consecuente diferencia en la cantidad y calidad de los servicios que ofrecen.

- VIII. La terapéutica de los trasplantes requiere de una fuerte inversión en tecnología médica, organización y capacitación especializada del personal médico que los ejecuta, lo que se traduce en costos altos de procedimientos quirúrgicos y tratamientos farmacológicos.

- IX. Las instituciones de salud pública y de Seguridad Social no cuentan con la inversión suficiente en las unidades de atención médica para realizar los procedimientos de procuración y trasplantes necesarios para atender la demanda de todos los sectores de la población.
- X. La terapéutica de los trasplantes, por su naturaleza económica, representan en el mercado de la salud, un área de limitada competencia y fácil monopolización, que entendida como falla de mercado, impacta en la pérdida de bienestar de la población que no tienen posibilidades de cubrir dichos costos en el ámbito privado o que carece de aseguramiento social para beneficiarse del procedimiento quirúrgico y del tratamiento farmacológico postrasplantes.
- XI. El subsistema de trasplantes mexicano, analizado desde la teoría del “Estado de Bienestar”, refleja que la justicia y la equidad en el acceso, la distribución y la asignación de los órganos y tejidos para trasplante, quedan fuera de la lógica de “la salud como Derecho Social”, en tanto no todos los mexicanos tengan acceso a los servicios de salud y por lo tanto, a la terapéutica de los trasplantes.
- XII. Desde el marco teórico del neoliberalismo, tampoco podemos afirmar que el acceso, la distribución y la asignación de los órganos y tejidos para trasplante alcancen la equidad y la justicia social. En la conceptualización teórica de la Dra. Margaret Whitehead se califica la equidad de los sistemas de salud por la igualdad de oportunidades, la igualdad de en la calidad de la atención y los resultados obtenidos para toda la población, lo que contrasta con la diferencia financiera y productiva de cada subsistema, para invertir en programas de trasplantes.

- XIII. La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, declaran que uno de los aspectos coyunturales para determinar la eficiencia en la equidad que logran los sistemas de salud es el aspecto de la protección financiera a los pobres. En México se atendió este precepto a través del “Seguro Popular”, sin embargo, durante muchos años, la terapéutica de los trasplantes, quedo fuera del paquete de servicios que se ofrece a los derechohabientes de este subsistema.
- XIV. En los últimos tres años, se incorporó la posibilidad de financiar el trasplante de córnea y recientemente se anunció la incorporación del trasplante renal en menores de quince años, pero se sigue dejando fuera al grupo poblacional de edades con mayor demanda, además de las dificultades que ha enfrentado para garantizar que se bajen los recursos del nivel estatal a las Unidades médicas que realizan la operación.
- XV. Bajo este panorama, no es posible que en el tema de trasplantes, se observe equidad y justicia social en el acceso, la distribución y la asignación de los órganos y tejidos, que se obtienen de la donación altruista, en tanto, no todos los mexicanos tengan acceso a los servicios de salud y no todos los usuarios de las diferentes instituciones de atención médica, tengan acceso a la misma calidad, a la misma cobertura de los servicios médicos y a los mismos resultados.
- XVI. A pesar de que la normatividad vigente en materia de trasplantes que ha sido inspirada en principios éticos universales, derechos humanos, doctrinas igualitarias y la procuración del bien común, en la práctica, los “Lineamientos para la asignación y distribución de órganos y tejidos de cadáveres de seres humanos para trasplantes”, están orientados hacia la equidad sectorial y no hacia la universalidad

- XVII. Al interior de las instituciones de salud, los procesos de acceso y distribución de los órganos o tejidos, dentro del Subsistema de Trasplantes, están limitados para alcanzar la equidad y la justicia social, debido a que no se puede garantizar que todos los pacientes que requieren un trasplante de órganos o tejidos, tengan el acceso al registro en la base de datos de pacientes en espera de un donador cadavérico.
- XVIII. El proceso de asignación de los órganos obtenidos por una unidad médica, aparentemente no tiene conflicto de equidad, porque se trata de procedimientos que requieren exclusivamente la aplicación de criterios clínicos para decidir entre uno y otro paciente, sin embargo cuando aplicamos el criterio de “oportunidad del trasplante” que establece la Ley General de salud, encontramos que los pacientes con mejor condición económica tienen mayor oportunidad, porque al recibir el trasplante, podrán soportar los gastos del tratamiento de inmunosupresores y sus condiciones socio económicas de vida facilitarán una mejor alimentación, higiene y cuidados asistenciales que faciliten el éxito del trasplantes. Ante las carencias económicas, algunos pacientes son excluidos del programa.
- XIX. Los lineamientos para la distribución y asignación de los órganos y tejidos, dan prioridad a las instituciones, en la toma de decisión sobre el destino de los órganos o tejidos procurados, atendiendo a la dificultad interinstitucional de homogenizar y transferir los costos que representa el proceso de procuración para las unidades hospitalarias que realizan estos procedimientos. Esta condición representa una oportunidad de equidad hacia el interior de las unidades, para los pacientes registrados en la base de datos; siempre que la institución, tenga la infraestructura, o que esté dispuesta a invertir en insumos y en la capacitación de recursos humanos para incrementar la actividad de donación, sin embargo, la equidad no es horizontal entre las diferentes instituciones del Subsistema Nacional de

Trasplantes y no puede garantizar el acceso al trasplante de aquellas personas que no tienen acceso a servicios de seguridad social.

- XX. En el caso del tejido corneal, y el tejido, la normatividad, no alcanza a regular la equidad y mucho menos a garantizar la justicia social. Las corneas son importadas para pacientes con posibilidades de pagar estos costos, en el caso del hueso, tendones y otros tejidos de esa naturaleza, que se obtienen por altruismo, al ser tratados en los bancos de tejidos se convierten en insumos para la salud y al ser colocados en el mercado, los precios que se fijan son tal elevados que se dificulta el acceso de la población a estos insumos, aún las instituciones públicas o de seguridad social, no alcanzan a cubrir con sus presupuestos la demanda total de sus derechohabientes.
- XXI. Se puede apreciar desde la perspectiva de los liberalistas y utilitaristas, como un asunto de mercado, en el que como lo explica Travasso, está determinado, no tanto por las necesidades de salud de la población, sino por las características de la oferta de insumos y de servicios del mercado.
- XXII. El Centro Nacional de Trasplantes, conformado al inicio del gobierno panista, como área específica de la administración pública responsable de atender esta temática y siendo parte de la Secretaría de Salud, responde a la política del “Buen gobierno” y el programa de “Mejora de la Gestión” y en consecuencia, orienta sus acciones a garantizar la transparencia y la rendición de cuentas, por lo que ha enfocado parte de su trabajo a garantizar que las unidades médicas reporten sus actividades e incidir en el incremento del número de trasplantes y del incremento del número de eventos de procuración de órganos y tejidos.
- XXIII. Aunque el incremento de los procedimientos de procuración y trasplante representa el aumento de la oferta de órganos o tejidos y el incremento de

pacientes con posibilidades de ser trasplantados, pero este enfoque, no resuelve el problema de fondo. Se requiere visualizar el problema desde el enfoque económico y desde el enfoque de la justicia social y la equidad, para atender la verdadera dimensión del problema.

- XXIV. Se ha demostrado que siendo los trasplantes procedimientos quirúrgicos y farmacológicos tan caros, ningún presupuesto institucional, ningún seguro de gastos médicos, ni bolsillo familiar será capaz de resistirlo sin el apoyo de un fondo público de financiamiento.
- XXV. Finalmente, considerando que el problema de la insuficiencia orgánica, es ya un problema público de impacto social y económico trascendental, es importante destacar que el Estado tiene la responsabilidad de asumir un papel activo, por lo que el gobierno en turno, será responsable de poner el problema en la agenda pública y tendrá que crear los mecanismo para su atención, a través de las instituciones de la administración pública . La respuesta ineficaz de la atención de la salud, compromete su legitimidad ante la sociedad, por lo que no podrá dejar de atenderlo.
- XXVI. La experiencia del Seguro Popular, es de gran importancia, pero tiene el reto de atender la temática de trasplantes y la garantía de demostrar eficacia administrativa hacia los tres niveles de gobierno.
- XXVII. En relación con los resultados del Sistema de Salud y trasplantes de Estados Unidos de Norteamérica y el de España, México muestra debilidades porque se encuentra fragmentado, tiene una importante carga de servicios privados contra el debilitamiento de los servicios médicos de seguridad social o públicos, el proceso de descentralización de los servicios de salud no ha logrado hacer más eficientes los servicios de atención en los Estados, la aplicación de recursos públicos a la salud son bajos en proporción a PIB y la

población mexicana tiene altos índices de pobreza. Todo lo anterior limita el acceso a los servicios de salud, predispone una baja productividad del sistema en la obtención de órganos y tejidos que se obtienen para trasplante y debilita la equidad y la justicia social en el acceso a la distribución de los órganos y tejidos y disminuye la factibilidad y la oportunidad.

PROPUESTA

Entendiendo la problemática del requerimiento de trasplantes como un problema de salud pública, es necesario trabajar, un proyecto de **política pública** con una visión integral de atención en la etapa previa, durante y posterior al evento quirúrgico (tratamiento postquirúrgico de inmunosupresión) y el apoyo a los eventos de donación hospitalaria.

Por la complejidad del problema se requiere definir las condiciones de la política pública, con la participación del gobierno, la sociedad, los actores del mercado de la salud y otros actores sociales involucrados en el tema, ya sea en el contexto teórico de la gobernabilidad de José Castelazo o de la teoría de la gobernanza de Luis Aguilar.

La política pública, debe contemplar la creación de un fondo público dirigido específicamente a la atención de los trasplantes, con un componente de financiamiento a los proceso de donación. La sugerencia es que dicho fondo funcione en los esquemas de aseguramiento

La estrategia para la construcción de políticas sociales eficaces, requiere considerar el contexto los Derechos Humanos y la incorporación conceptual de la definición de equidad y justicia social, por lo que resulta útil rescatar la concepción de equidad horizontal y equidad vertical, así como la visión de Rawls, sobre la responsabilidad del Estado en prestar gran atención a las oportunidades de aquellos con menores posibilidades, para que se les abra un abanico de alternativas más amplio y otorgarle a las personas más desprotegidas de la sociedad, un gran poder de influencia o de negociación sobre las instituciones y Políticas Públicas

En lo específico es necesario atender diversos aspectos de la realidad en esta temática, por ejemplo, la continuidad de las reformas en la Ley General de Salud,

que permitan favorecer el ejercicio de las Políticas Públicas propuestas con la participación ordenada de todos los actores del sistema.

Resulta fundamental fortalecer la estructura organizativa del Subsistema Nacional de Trasplantes, a través de la capacitación de profesionales capaces de coordinar los procesos de donación de órganos y tejidos en los hospitales, a fin de obtener mayor número de órganos o tejidos que permitan garantizar la atención de mayor número de pacientes. Esta tarea no puede separarse del equipamiento de las unidades procuradoras, para el diagnóstico y mantenimiento de los pacientes potenciales donadores.

La organización en cada unidad hospitalaria que funcione como unidad procuradora, debe caminar hacia la creación de servicios de donación, en el que la responsabilidad de la actividad no dependa únicamente de un profesional, sino de diversos profesionales que atienden el servicio las 24 horas del día sin afectar su salud mental ni limitar su vida privada.

De igual manera, se deben financiar los eventos de procuración, con la finalidad de que aquellas unidades que realizan exclusivamente actividades de donación, no se desgasten ni se desequilibren económicamente por los costos de procuración y mantenga la vinculación con las unidades trasplantadoras.

A fin de equilibrar la inequidad en la procuración y el trasplante de órganos entre las instituciones, con base a su productividad, se debe incentivar la realización de convenios interinstitucionales que permita recuperar recursos económicos por los gastos de procuración y en el mejor de los casos, la atención (del trasplante) de sus propios pacientes en el sistema.

Es fundamental la creación de mecanismos que permitan corregir la deficiencia en la organización de la Administración pública Federal para la regulación de las

acciones de los gobiernos estatales y que garanticen el intercambio y el acceso económico al financiamiento.

Es urgente la regulación de la actividad de los Bancos de hueso y la comercialización de los insumos que se obtienen de este tejido, así como el replanteamiento de la posibilidad de que las familias donadoras reciban alguna remuneración, a fin de cambiar el efecto de explotación de las personas que donan de manera altruista, pero que con ese acto, favorecen el enriquecimiento de las empresas que comercializan los tejidos y que establecen precios de mercado, inaccesibles a la mayoría de los mexicanos.

Se debe incentivar la participación de la sociedad civil a través de la gobernabilidad, a fin de contrarrestar la actual participación de organizaciones no gubernamentales, que pretenden participar en la definición de la política y las acciones de trasplante, pero que no representan el interés de la mayoría de los pacientes, sino que representan a grupos de poder, con intereses relacionados con régimen de poder.

La participación del Estado mexicano debe recuperar un papel activo dentro del problema, y aún en el contexto de la “Nueva Gerencia Pública” y el ineludible contexto del Neoliberalismo, es conveniente considerar la experiencia de Brasil, como lo refiere Luiz Carlos Bresser Pereira con la propuesta del Estado social liberal (democrático)

De acuerdo con Bresser, el Estado social democrático está comprometido con los derechos sociales, pero cree en el mercado y en la libre competencia, que se caracteriza por una Gestión estatal de Administración pública Gerencial, para garantizar la eficacia, explicando que las actividades que no son necesariamente exclusividad del Estado, tales como los servicios de carácter social, no tienen que ser realizadas directamente por el Estado, pero deben ser financiados por este, y ejecutados competitivamente por organizaciones públicas no estatales, sin que el

Estado renuncie a su papel de regulador y a sus roles económicos de corto plazo”.¹⁷⁰

En ese sentido, puede ser útil la concepción de mantener una Administración pública Gerencial, pero orientada a la atención de los Derechos Sociales y en la que la salud, se considera primordial, por el papel que juega en el desarrollo social y económico de cualquier país.

¹⁷⁰ Bresser, Luiz, Cunill, Nuria. Política. Fondo de Cultura Económica y Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. p.p. 18, 27 y 28

BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar, Luis, *Gobernanza y gestión pública*, 3ª reimpresión, México, Fondo de Cultura económica, 2009.
2. Bresser, Luiz, Cunill, Nuria. *Política*. Fondo de Cultura Económica y Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo.
3. Castelazo, José, *Administración pública: una visión de Estado*, 2ª edición, México, INAP, 2010
4. Delgadillo, Luis y Lucero, Manuel; *Compendio de derecho administrativo*, 8ª edición, México, Porrúa, 2008
5. Eibenschutz, Catalina y Vilar, Eugenia, “Políticas sanitarias. Historia, situación actual y propuestas de cambios” *Derechos y políticas sociales, Agenda para el desarrollo*, Volumen 12, México, Porrúa, 2007
6. Gosta, Esping, Andersen, Bruno, *Los tres grandes retos del Estado del bienestar*, España, Ariel Ciencia Política, 2009
7. Gürlitz, Axel, *Diccionario de Ciencia Política*. 2ª Ed., Editorial Alianza, España, 1972
8. Matesenz, Rafael y col, *El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes*; España, 2ª edición, Editorial Aula Médica, 2008
9. Matuk, Verónica, Reporte de trabajo, que presenta para obtener el título de Licenciatura en Biología, UNAM, 2011
10. OPS, *La Salud en las Américas*, Organización Panamericana de la Salud., Informe de la Dirección, Washington, 2003
11. Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS; 2000
12. Organización Mundial de la Salud, *Trasplante de órganos y tejidos humanos, informe de la secretaría*, Consejo Ejecutivo, 123ª reunión EB 123/5, 18 de abril, 2004.
13. Programa de Acción Trasplantes, Secretaría de Salud, 2002
14. Rives, Roberto, *La administración pública de México En su bicentenario*, México, FUNDAP-IAPEM, 2009, Colección Fundap Política y Administración pública
15. Sánchez, José; *Reforma modernización e innovación en la historia de la administración pública en México*; 2ª edición, México Porrúa-IAP Quintana Roo, México 2005,
16. Secretaria de Salud, *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud*, México, 2005, Secretaría de Salud de México para la edición en Español
17. Soria, Víctor, “Estrategia de largo plazo para un desarrollo incluyente de la seguridad social”, *Agenda para el desarrollo Volumen 12*, México, Porrúa, 2007
18. Stiglitz, Joseph, *La economía del sector público*, 3ª edición, España, 2000
19. Uvalle, Ricardo, *El Gobierno en acción, la información del régimen presidencial de la administración pública*, México, Fondo de Cultura Económica, 1984

20. Whitehead, Margaret, Göran, Dahlgre, *Conceptos y principios de lucha contra la desigualdad, Desarrollando el máximo potencial en salud para toda la población*, parte 1, OMS,

HEMEROGRAFIA

1. Ramírez, Antonio, "Enfoques prevaecientes acerca del concepto de equidad y otros relacionados". Diseño de un Sistema de Monitoreo de la equidad en salud en cuba, La Habana, 2004
2. Vega, Raúl, "Justicia Sanitaria como igualdad ¿Universalismo o pluralismo?" En *Pensamiento en Salud Pública: El Derecho a la Salud*. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia; 2001

CONSULTAS EN INTERNET

1. Aguilar Luis F. Gobernanza el nuevo proceso de gobernar. p. 23
http://politicalatina.flacso.edu.mx/contenidos-sesiones/Sesion-6_Aguilar.pdf
2. Caballero, José, "La teoría de la Justicia de John Rawls, en *Voces y Contextos*. IberoForum.
http://www.uia.mx/actividades/publicaciones/iberoforum/2/pdf/francisco_caballero.pdf
3. Cardozo, Myriam, "La descentralización de servicios de salud en México: hacia la amnesia total o hacia la resurrección de la política en *Gestión y Política Pública*, vol II, num. 2, julio-diciembre de 1993
http://aleph.academica.mx/jspui/bitstream/56789/11615/1/DOCT2064261_ARTICULO_6-VOLIINUM2.PDF
4. <http://importstoperu.blogspot.com/search?updated-min=2011-01-01T00:00:00-08:00&updated-max=2012-01-01T00:00:00-08:00&max-results=50>
5. <http://www.siicyt.gob.mx/siicyt/docs/tecnologicos/Biografit.pdf>
6. <http://www.tiendavirtualodontologica.mx/category>.
7. Frenk, Julio et al., Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud pública Méx* [online]. 2007, vol.49, suppl.1 [citado 2012-05-08], pp. s23-s36 . Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000700007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634.
8. Garkidou, Emmanuela et al. Evaluación del impacto de la Reforma Mexicana de salud 2001-2006: un informe inicial. *Salud pública Méx* [online]. 2007, vol.49, suppl.1 [citado 2012-05-08] Disponible

en:<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000700011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634.

9. La Salud en España
<http://www.madrimasd.org/informacionIdi/analisis/analisis/analisis.asp?id=39863>
10. Linares, Nivaldo y López, Olivia, "La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva" Revista Medicina Social, México, Volumen 3, número 3, septiembre de 2008, en <http://www.medicinasocial.info/index/article/>
11. López, Olivia, Blanco, José, Políticas de Salud en México, La reestructuración Neoliberal. Editor, Universidad de Guadalajara,
<http://hdl.handle.net/1928/8945>
12. ONT, El modelo español
<http://www.madrimasd.org/informacionIdi/analisis/analisis/analisis.asp?id=39863>
13. Sen, Amartya, Equidad en salud y Justicia social.
<http://reocities.com/wallstreet/floor/9680/sensalud>
14. Travasso y colaboradores. "Genero equidad y acceso a los servicios de salud. Una aproximación empírica". Revista Panamericana de Salud Pública. Wshington vol. 11, núm. 56, Mayo/ junio de 2002
<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000500008>
15. Torres, Raquel, El Sistema de Salud en los Estados Unido,
<http://www.aaleader.tcu.edu/TCU%202002.pdf>
16. Urbina Manuel y Col. Evaluación de Consistencias y resultados 2007, del Sistema de Protección Social en Salud, Investigación en salud y demografía S.C. México.
http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/evaluaciones/ecr07/resumen_ejecutivo_spss07.pdf

NORMATIVA

1. Congreso de la Unión, Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 16-01-2012, primera sección
2. Congreso de la Unión, *Lineamientos para la asignación y distribución de órganos y tejidos de cadáveres de seres humanos para trasplante*. Publicado en el Diario Oficial, 23- 04-2009, sección
3. Congreso de la Unión, Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación, 02-02- 2010
4. Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos. Art. 40, fracción única. Última reforma Diario Oficial de la Federación, 13 de octubre de 2011
5. Declaración de Estambul sobre el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes. Cumbre internacional sobre turismo de trasplantes y tráfico de órganos convocada por la Sociedad de trasplantes y la Sociedad

internacional de nefrología en Estambul, Turquía, del 30 de abril al 2 de mayo de 2008

6. Presidencia de la República, Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 30 de mayo de 2001
7. Presidencia de la República, Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 31 de mayo de 2007, cuarta sección
8. Presidencia de la República. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (DOF 15-12-2011)
9. Reglamento Interno de Consejo Nacional de Trasplantes, Diario Oficial de la Federación 29-05-2000
10. Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2001-2006, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 31 de mayo de 2007, cuarta sección
11. Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2007-20012