

Algunas reflexiones sobre ética, derechos humanos y salud¹

Juan Guillermo Figueroa Perea
Verónica Sánchez Olguín²

Introducción

El objetivo de este trabajo es sistematizar algunos elementos subyacentes a la discusión sobre derechos humanos y salud desde una perspectiva ética. La amplitud del tema obliga a escoger algunos elementos del mismo, a ilustrarlos con componentes de dilemas éticos identificados en la práctica y a problematizarlos desde una concepción de los derechos humanos, que privilegia la visión de los individuos como copartícipes en la construcción de las condiciones sociales que les posibilitan el ejercicio de sus derechos humanos, entre los cuales se encuentra el derecho a la salud.

Interpretamos la ética como la reflexión sistemática, ordenada y crítica sobre la moral, sus códigos, sus supuestos, sus autores y sus actores relevantes, pero también sobre aquellos que siendo potencialmente actores y autores son excluidos socialmente en la definición de normatividades. Por otra parte, conceptualizamos los derechos humanos como aquellas potencialidades y capacidades con las que cuentan las personas para poder desarrollarse como tales y que, por lo mismo, socialmente les son reconocidas para poder ejercer como personas. Es decir, más allá de una prerrogativa o un privilegio, son algo que los caracteriza como humanos y de ahí la necesidad de asegurarlos, de reconocerlos y de construir condiciones sociales para su ejercicio y paralelamente, para alertar sobre las condiciones que los inhiben o dificultan y en particular, las que atentan contra los mismos.

Un elemento que se intenta explorar en este trabajo es el contexto de las responsabilidades de los individuos de ejercer como titulares de derechos y de participar en la definición de normatividades que regulan las condiciones para el ejercicio de los mismos. En particular pensamos en las acciones sociales organizadas (por ejemplo las políticas públicas) que tratan de incidir sobre los mínimos requeridos para que las personas ejerzan sus derechos o, desde nuestra interpretación, para que puedan desarrollarse como personas. Paralelamente recuperamos algunos componentes de las contradicciones teóricas y analíticas que se generan en este proceso, por los usos del concepto de salud, ya que su carácter englobador por una parte, podría darle entrada a la >no ciudadanía=

¹ Presentado originalmente en el IV CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIENCIAS SOCIALES Y MEDICINA, México 1997 y luego publicado en Mario Bronfman y Roberto Castro (coordinadores) **Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina**. Edamex e Instituto Nacional de Salud Pública, México 1999 (pp. 81-95)..

² Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México.

como un problema de salud, pero por otra, por su aproximación desde el combate a las enfermedades de índole biológica, acaba generando que el derecho a la salud sea visto más como el derecho a servicios médicos que contrarrestan dichas enfermedades.

1. Discusión ética sobre el concepto de derechos humanos

La noción de los derechos humanos trae implícita una dimensión individual y otra social; la primera se refiere al derecho como un principio que tiene el individuo por su calidad de ser humano y la segunda al derecho que se le otorga por ser parte de un contexto social determinado. Cervantes (en prensa) lo distingue como la individualización de lo social y como el referente moral de las relaciones sociales. El sentido intrínseco de los derechos humanos reconoce a la sociedad como un conjunto de individuos con necesidades específicas y dotados de derechos por el hecho de ser humanos. La referencia extrínseca de los mismos, está expresada a partir del otorgamiento por parte de una instancia externa a su ser (Estado, instituciones), que construye formas legales de regulación y vigilancia de las condiciones para ejercer los derechos.

No obstante, se ha planteado también la posibilidad de percibirlos de manera combinada, en la que el Estado no es el creador u otorgador de los derechos, sino como una instancia que los reconoce, los 'precisa, fija su extensión y sus modalidades, a la vez que establece los mecanismos y procedimientos para su adecuada tutela y conservación' (Madrazo 1993). A partir de esta diferenciación es que se traducen los derechos humanos como expresión de principios universales y abstractos, en garantías individuales que delimitan los principios (García Romero 1996).

Bidart (1989) señala, a propósito del Estado como una instancia externa que define los mecanismos de tal regulación, que el ejercicio de los derechos humanos supone la participación de un sujeto activo y otro u otros pasivos; el individuo como titular de derechos se constituye en el sujeto activo por la idea de ser quien demanda la obtención de un bien o la prestación de un servicio a otro (Estado, instituciones), el que se constituye en el sujeto pasivo, por tener la misión u obligación de proporcionar dicho bien o servicio. Cuando no existe una instancia ante quien solicitar su atención, los derechos pierden sentido y efectividad.

En esta lógica de solicitud ante una instancia externa, puede aparecer la obligación de ésta como la única posibilidad de dar cause al ejercicio de los derechos y ante el incumplimiento de esta obligación, es el Estado quien puede violentar el ejercicio de los derechos. Surgen así las obligaciones autónomas, cuando el Estado instrumenta una serie de mecanismos que garantizan ciertos mínimos de bienestar a la población aunque explícitamente no se le demanden y por otra parte, las obligaciones recíprocas que garantizan los derechos del sujeto a partir de la satisfacción de sus demandas.

Una posibilidad más es la lectura que se hace del sujeto con la capacidad de participar en la generación de las condiciones sociales necesarias para el ejercicio de sus derechos. No obstante, la normatividad que se ha construido con el fin de dar espacio al ejercicio de los derechos ha sido a partir de una compleja red de relaciones entre el estado

y sus instituciones respecto a la población, con diversos matices por la diferenciación en la forma de percibir los derechos y la heterogeneidad de las condiciones en que se vivencian. Ello va complejizando la intencionalidad de mantener en un plano de igualdad a los seres humanos (ver Madrazo 1993). Más adelante se hace referencia al principio de justicia y a la complejidad de su incorporación en el diseño de normatividades para el ejercicio de ciertos derechos, ante el encuentro, no pocas veces opuesto, de principios, intereses y de los mismos derechos.

Aún cuando los derechos son universales (en tanto que le son reconocidos al ser por su naturaleza humana), las valoraciones sociales y representaciones colectivas, como las creencias y las ideas que conforman la dimensión cultural de la sociedad, les otorgan 'observancia' en tiempos y espacios específicos; es decir, son históricos y situacionales (Bidart 1989).

Los derechos reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) pretenden proteger la vida, la libertad, la igualdad, la seguridad, la integridad y la dignidad del ser humano. Ello permite no definir linealmente, sino acotar aquellos espacios sociales que deben ser asegurados, para garantizar que los seres humanos se desarrollen y construyan sus historias personales, grupales y sociales (Figueroa y Fuentes 1995).

Dichos derechos se clasifican en cinco grandes grupos: los de igualdad; los de libertad (entre los que destacan la prohibición de pactos que atenten contra la dignidad humana, la libertad de pensamiento y expresión, el derecho a la información, la libertad de conciencia); los derechos de seguridad e integridad personal; los de los ciudadanos o derechos políticos (entre los que destaca el derecho a participar en la dirección de los asuntos públicos, lo cual corresponsabiliza a los ciudadanos en el proceso de construcción social e histórica de las sociedades); y los derechos sociales, económicos y culturales (como el derecho al trabajo en condiciones laborales equitativas y satisfactorias, a disfrutar del más alto nivel posible de salud, el derecho a la educación y el de participar en la vida cultural).

Las condiciones que se le pretenden asegurar a los seres humanos no buscan restringir simplemente sus conductas ni definir normas que los guíen de manera unívoca; al contrario, exigen que los individuos asuman responsabilidades a partir de la ampliación de sus espacios de libertad, pero reconociendo los espacios de los otros³, respetándolos como respuestas alternativas al enfrentamiento personal y grupal a la realidad. Se parte del supuesto de que no hay respuestas únicas a las situaciones y problemáticas a las que nos enfrentamos en el contexto en el que nos desarrollamos (Figueroa y Fuentes 1995).

En esta vertiente se han reconocido los derechos humanos como mínimos de convivencia, lo que obliga a compartir responsabilidades al ir delimitando las características de la organización social, asumiendo colectivamente los costos de las

³ El derecho a la educación se plantea en la Declaración Universal como necesario para fomentar la comprensión y la tolerancia.

situaciones imprevistas a la vez que los beneficios de los logros sociales generados. Además, se enfatiza que ello no depende de características de los individuos que de entrada los descalifiquen de ciertos procesos (como lo puede ser su sexo, etnia, nacionalidad, grupo social), sino que las condiciones para su ejercicio deben sustentarse en acuerdos sociales, centrados en criterios de justicia distributiva.

Lo complejo para el caso concreto del derecho a la salud es que no es unívoca la forma de interpretar el concepto de justicia y, muchas veces, la interpretación depende de relaciones de poder desiguales y de criterios definidos por los que ejercen la autoridad, más que por procesos consensuados. A ello se añade que desde la misma teorización de la justicia, su significado tiene importantes variantes (Gracia 1990, Dieterlen 1996).

Por ello, se ha desarrollado una corriente crítica respecto a los planteamientos de universalidad inscritos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, pues se le ha considerado 'utopía irrealizable' dadas las condiciones en que el poder político y económico a nivel mundial ha definido normatividades y ha institucionalizado formas diversas de organización política, argumentando la diferenciación cultural como fuente de la limitación en la observancia de ciertos derechos (Cervantes 1996).

Ante la necesidad de dar especificidad a las condiciones que aseguren el ejercicio de los derechos, han surgido diversas convenciones, protocolos, declaraciones y resoluciones aprobadas por la comunidad internacional como formas de atención a derechos específicos (como la salud y los derechos reproductivos, entre otros), y a la diversidad de condiciones regionales, económicas, políticas, culturales y sociales, tanto en el tiempo como en el espacio. Ello ha ido dando paso a formas suplementarias de garantizarlos en su sentido universal.

Como una forma de ir dando respuesta a esta diversidad surge el llamado constitucionalismo social (Madrazo 1993), a partir del cual se le van dando nuevas formas a la red de relaciones sociales, donde el Estado y los individuos se constituyen en sujetos con derechos y obligaciones; es decir, la población se convierte en un conjunto de sujetos con responsabilidades que asumir, como es la participación en la organización social del cuidado de su salud.

Una lectura entonces que interesa resaltar es la que supone mayor responsabilidad de los individuos respecto de sus actos, al ampliarse los límites de libertad como principio fundamental para el ejercicio de los derechos humanos (Figuerola y Fuentes 1995).

2. El Derecho humano a la salud

Se han desarrollado diversas vertientes respecto de la salud, una de ellas es su interpretación como un efecto de la ausencia de enfermedades, y de la enfermedad como la presencia de signos de alteración en el funcionamiento del organismo. Esta vertiente reduce la percepción de la salud a partir de la dimensión biológica del ser humano y no hace referencia al desarrollo de este como parte y producto de un proceso de conformación desde los puntos de vista psicológico y sociocultural.

Al privilegiar la dimensión biológica, la consecuencia de mayor peso en la atención y

cuidado de la salud, se encuentra en el proceso de 'institucionalización médica', pues la capacitación técnica con que cuentan los médicos está centrada justamente en los procesos funcionales del organismo; esto en gran parte ha creado las condiciones para identificar al médico como el responsable del cuidado de la salud, y de la atención de las enfermedades.

La percepción multidimensional del ser humano que hace referencia a la conformación de un ente a partir de lo biológico, lo psicológico y lo social, ha sido una referencia importante en la definición que la Organización Mundial de la Salud⁴ ha establecido para el concepto de salud. Es decir, se incorporan componentes que tienen que ver no sólo con el espacio donde se desarrollan los procesos biológicos por los que funciona y se mantiene con vida el cuerpo humano, sino de los procesos mentales que acompañan su desarrollo y de las condiciones que caracterizan el contexto social, cultural e ideológico en que éste se desarrolla. De tal manera se hace referencia a una serie de elementos que puede dar cuenta de la diferenciación desde el punto de vista de la calidad de la salud a la que se tiene posibilidad de acceder.

En México se han hecho una serie de modificaciones al artículo 4E constitucional (que hace referencia al derecho a la salud), como parte de la tendencia a definir la salud como una aspiración y a la posibilidad de mantenerla o bien de protegerla en un sentido preventivo, lo que permite entenderla como un imaginario que requiere de la presencia de diversos elementos para concretarse.

La discusión sobre el sentido que puede tener un derecho humano a la salud adquiere matices diferentes dependiendo si la salud se interpreta como el menor número posible de enfermedades, padecimientos o síntomas de molestia, o bien como avances en el estado de equilibrio o bienestar biológico, psicológico y social de una persona, de un grupo o de una colectividad. A lo anterior se añade la conceptualización que se tenga de la relación entre el médico -en tanto autoridad reconocida para el cuidado de la salud- y las personas que pueden recurrir a sus servicios: paciente o usuario, pero a final de cuentas titular del derecho a la salud.

La relación entre médicos y pacientes

Bloom y Wilson (1996) recuperan un esquema de Szasz (1956) para distinguir formas de interacción entre estos dos actores sociales, como la actividad-pasividad, el asesoramiento cooperación y la participación mutua. En el primer caso el médico tiene una actitud activa y el paciente asume un papel pasivo, dado que éste se encuentra -en la lectura de ambos actores- en un momento de absoluta 'dependencia', por lo que puede leerse como una relación paternalista, reproducida por ambas partes. Otra forma de interacción es la de asesoramiento-cooperación, en la que se expresa disposición del paciente por seguir las instrucciones del médico y si bien el primero ejerce su capacidad de emitir juicios, asume

⁴ Ver Izundegui Rullan, Amador "Sociedad Igualitaria y Derecho a la Protección de la Salud", en Soberón (1983).

una actitud de disposición por la idea de que el médico sabe lo que es mejor para el evento a tratar.

Una tercera forma de interacción es la de participación mutua, en la que hay una actitud de ambos que estimula que el paciente asuma ciertas responsabilidades en la definición del tratamiento u otra estrategia para trabajar por su salud. Cada una de estas formas de interacción suponen derechos y responsabilidades diferentes en ambos personajes, lo cual repercute en diferentes formas de organización social para buscar la salud.

Otro componente del entorno del derecho a la salud es la organización de la medicina en diferentes grupos sociales y su relación con el actuar específico de los individuos en tanto 'cuidadores de su propia salud'. Illich (1987) cuestiona la medicina institucionalizada por haberle expropiado su salud a los individuos, mientras que otros autores (Silva, en prensa) alertan sobre el riesgo de caer en la demagogia al darle espacio a todo tipo de cuidado de la salud, sin asegurar un mínimo de trabajo crítico en la interacción de las 'diferentes medicinas'.

Una percepción que ha permeado la relación entre médico y paciente, es la centrada en la dimensión del orden natural de las cosas, a partir de la cual ha prevalecido la idea de que el médico es un sujeto con preparación técnica y moral, ya que proporciona un servicio de ayuda técnica y éticamente relevante. El médico, por conocer el 'orden natural' (construido sobre relaciones verticales y paternalistas), en el caso de presencia de enfermedades puede proceder aún en contra del parecer del paciente (ver Gracia 1990).

Una concepción diferente es la fundamentada en la reforma protestante con la cual se logra sustituir la idea de orden por la de autonomía, o el orden natural por el orden moral de la libertad; aquí se percibe una orientación más centrada en las relaciones horizontales, democráticas y simétricas, en función del respeto mutuo, más que de un conocimiento y experiencia uniforme.

Aunque la relación médico-paciente ha estado inscrita mayoritariamente en los preceptos de la primera concepción, se han ido generando situaciones donde se contraponen el criterio médico bajo su principio de moralidad, con el de la autonomía del paciente. Es decir, el paciente ante la necesidad de buscar atención a un problema de salud se va incorporando en contextos donde cada vez tiende a ser mayor su presencia o referencia.

Ello va dando paso a nuevas situaciones pues se conforma una estructura institucional en donde el espacio para cuidar de la salud se construye a través de tres dimensiones: la beneficencia de la institución médica, la autonomía del paciente y la justicia de la sociedad. La forma de instrumentar esta relación es un componente fundamental en las condiciones que matizan las respuestas sociales organizadas al ejercicio del derecho a la salud.

La relación del individuo con su entorno de salud

Uno de los aspectos privilegiados en la discusión ética sobre la búsqueda de la salud o como algunos autores lo interpretan como el cuidado para evitar enfermedades, está

centrado en el acceso a servicios sanitarios o a servicios institucionales de salud, o incluso a la medicina privada de carácter técnico o científico. Sin embargo, es poca la discusión que se ha desarrollado en términos de las acciones de los individuos para ver por su salud y para prevenir problemas, así como para desarrollar sus potencialidades biológicas, psicológicas y sociales.

En este último sentido es limitada la discusión sobre la necesidad de satisfacer necesidades humanas básicas y de ejercer los derechos humanos más elementales, con el propósito de asegurar que los individuos tengan acceso a las condiciones de posibilidad para desarrollarse como tales y por ende, para trabajar por su salud. Esta búsqueda no es exclusivamente responsabilidad del Estado y sus instituciones, sino de las propias personas que son reconocidas como titulares de derechos. Sin embargo, son tantos los cambios que a veces parecieran necesitarse en el ámbito social para asegurar que los individuos pueden desarrollar sus potencialidades, que se ha privilegiado una aproximación centrada en reaccionar a problemas más que en evitarlos, en parte ligado a la incapacidad gubernamental para satisfacer necesidades básicas de la población.

Lo anterior va más allá del debate entre acciones de salud curativas o preventivas, ya que incluye una reflexión previa sobre la identificación como sinónimos de instituciones de salud con instituciones médicas. En diferentes contextos se han pretendido homogeneizar la concepción del derecho a la salud con el derecho a servicios de salud y centralmente, como derecho a servicios médicos. Sin embargo, identificando causas de morbilidad y mortalidad y con más razón, si se identifican posibilidades de desarrollo biológico, psicológico y social, las acciones que parecieran ser mejores estímulos para el desarrollo de los individuos se centran en el acceso a ciertos satisfactores básicos como lo es vivienda, drenaje, alimentación, esparcimiento, escolaridad y educación (como dos dimensiones paralelas pero no sinónimas), empleo (digno y no enajenado) y relaciones democráticas en los diferentes ámbitos del quehacer social entre otros. Tanto las causas de muerte de tipo infeccioso y las cardiovasculares, como las epidemias tendrían una dimensión distinta, de trabajarse en la búsqueda de reducir su incidencia y de que los individuos que las padecen las lleven a las condiciones más tolerables y dignas posibles, así como de promover cambios estructurales, hábitos y prácticas vitales que son factores de riesgo para las mismas.

Enfermedades como el SIDA se agravan y complican, por un contexto social de intolerancia a las diferentes preferencias sexuales, de intolerancia al proceso de educación sexual para niños, adolescentes y para la población en general, por el carácter homofóbico característico del proceso de construcción de la identidad genérica de hombres y mujeres, por la doble moral subyacente a la vivencia de la sexualidad entre hombres y mujeres, por el desempoderamiento de las mujeres, y por la vivencia masculina de la sexualidad como un recurso de poder y de dominio, entre otros factores sociales relevantes. Ello no minimiza el alto costo económico de los tratamientos para enfermos de SIDA por ejemplo, pero sí le da otra dimensión al contexto en el que se generan acciones sociales para contrarrestar estas problemáticas.

Algo similar ocurre con las diferencias en las causas de mortalidad y morbilidad dependiendo del sexo de la persona, ya que los diferenciales en las mismas no se explican simplemente por diferencias fisiológicas, sino que tienen una relación importante con la forma en que se construyen socialmente las identidades de género llegando a situaciones en las que los hombres a partir de la adolescencia empiezan a morir por eventos violentos, por situaciones vinculadas con el alcohol e incluso por la exposición a veces irracional a los riesgos de enfermedades de transmisión sexual y ahora al SIDA. Todo ello está muy vinculado con un estereotipo de masculinidad que pretende cumplirse y que pretende seguirse a pesar de que el hacerlo conlleve el poner en riesgo la propia vida. Paralelamente se ponen en riesgo la vida de otros hombres, de otras mujeres y de infantes. Es por ello, que De Keijzer (1995) plantea la interpretación del "hombre como un factor de riesgo" para su salud, la de las mujeres y la de otros hombres.

Esas causas de morbilidad y mortalidad pueden combatirse asignando recursos para hospitales en donde atender a los sujetos que sufren accidentes, violencias, y algunas otras problemáticas que caracterizan la mortalidad de los hombres, pero un cambio sustancial implícito detrás de este proceso de salud y enfermedad de los hombres, es el replanteamiento del estereotipo de la masculinidad y la necesidad de inventar formas de constituirse como hombre, sin que ello implique pasar por el proceso de violencia hacia sí mismo y hacia los demás, ya que ello a la par de beneficiar las condiciones de vida de los hombres, redundaría en el derecho a la salud de las mujeres y de los menores de edad.

De manera vinculada a esta problemática están las causas de morbilidad y mortalidad de las mujeres, ya que al margen de las que tienen que ver con los procesos fisiológicos, son de llamar la atención las situaciones en que más que una negligencia intencional, como parecieran ser alguna de las causas de las muertes de los hombres, se ve una Aindiferencia o negligencia simbólica@, ya que muchas mujeres no se dan el permiso o no se reconocen con permiso para ver por su propia salud, precisamente porque socialmente se espera que vean por la de los demás, antes de pensar en ellas mismas. Como ello es un proceso demandante, de tiempo completo, en muchas ocasiones las mujeres no tienen tiempo para ver por ellas mismas y las condiciones sociales no promueven, ni facilitan el que las mujeres lo hagan; por ende, situaciones prevenibles no son trabajadas o tratadas como tales, precisamente por el proceso de construcción social de la identidad femenina.

Podrán hacerse campañas para promover la detección temprana de cáncer cérvico uterino o de cáncer mamario, por ejemplo, pero estas no tendrán un efecto suficiente, si no se replantea socialmente el valor del cuidado de la salud de las propias mujeres, como algo que les posibilita desarrollarse como personas, y si no se promueve que tienen derecho a rechazar situaciones de violencia física y psicológica, tan frecuentes en las relaciones de género. Es decir, el apoderarse de los recursos sociales e institucionales así como de las capacidades individuales para desarrollarse como individuos, aparece como una estrategia más comprensiva que el mismo acceso universal a los servicios de salud.

No se trata de posturas radicalmente excluyentes ya que incluso el apoderamiento de los individuos es un proceso multidimensional de largo plazo, por lo que es indudable la utilidad de debates éticos sobre la distribución de los recursos de salud, pero lo que pareciera importante es que esto no sea únicamente en los recursos de atención médica, sino que debiera incluir los recursos sociales que le permiten a los individuos irse apoderando del contexto e ir influyendo sobre el mismo. Ello incluye definitivamente otros ámbitos de diferentes políticas públicas y espacios de ejercicio organizado del poder entre otros. No obstante, lo que más se ha trabajado al vincular ética y derechos con la salud es la cuestión de los servicios médicos.

3. Dilemas éticos y de derechos humanos en el ámbito de la salud

Una de las problemáticas más complejas en el ámbito de la salud tiene que ver con la dificultad de identificar, en los procesos de generación de conocimiento, acciones específicas para contrarrestar enfermedades específicas, e incluso para promover de la manera más efectiva acciones que promuevan la salud en áreas claramente delimitadas. Sin embargo, un problema en otro nivel tiene que ver con la dificultad para definir criterios de distribución de recursos humanos, materiales y financieros para apoyar acciones que aportan elementos para contrarrestar la morbi-mortalidad o bien para estimular medidas preventivas de diferentes enfermedades. En este caso lo complejo es cuando los recursos no son suficientes para atender las necesidades de todos los grupos de la población y cuando ello implica tener que priorizar o posponer (a veces de manera indefinida) el aportar recursos para prevenir problemas, con el subsecuente efecto negativo para poblaciones específicas.

Una consecuencia directa es la dificultad para asegurar en las mismas condiciones el ejercicio del derecho humano a la salud. En la práctica, algunas definiciones de políticas sociales se han centrado en la necesidad de apoyar de manera especial a grupos marginados de ciertos mínimos de bienestar, con el fin de compensar desigualdades que la organización social ha generado. Sin embargo, ello suele reducirse o centrarse en condiciones mínimas y no necesariamente en cuidados más específicos generados por diferentes problemas de salud. En muchas ocasiones los cuidados especializados se concentran en clases sociales privilegiadas, generando que el ejercicio de un derecho se confunda con la compra de un privilegio. Por ello es necesario discutir criterios de evaluación de acciones vinculadas a políticas sociales, sea por razones de asegurar mínimos de bienestar o de promover la existencia de un marco jurídico para el ejercicio de los derechos humanos básicos.

Es evidente que existen casos en donde la dificultad para asegurar recursos de manera generalizada tiene que ver con ineficacias en la administración de los existentes, en recursos distribuidos de acuerdo a intereses de grupos específicos -en donde otros no intervienen al negociar en igualdad de condiciones- o incluso, en contextos donde los reduccionismos en la interpretación de los factores que influyen sobre diferentes problemas, dificultan concepciones integrales de las situaciones a ser tratadas.

Dentro de los principales dilemas éticos que pueden generarse al pensar en recursos sociales para el cuidado de la salud, se encuentra la dificultad para asegurar el beneficio para todos o para la mayoría. Ello no depende exclusivamente de la organización de los servicios y del tipo de organización social en el que se ubica, sino que influye la práctica de autocuidado de la salud y el lugar que ocupa la figura de los cuidadores oficiales de la salud.

El entorno de las políticas vinculadas con los servicios

Las políticas de salud pueden insertarse en modelos distributivos, regulatorios o redistributivos, generándose en cada caso diferentes tipos de responsabilidades de la sociedad civil, de las instancias gubernamentales y los grupos de la sociedad (Trejo y Jones 1993).

La instrumentación de las políticas implica decisiones de tipo ideológico sobre el grado de responsabilidad que la sociedad, en su conjunto está dispuesta a aceptar respecto del bienestar de los miembros que la integran y la definición de diversos niveles de responsabilidad: individual, familiar, comunitaria y social. Ello implica el análisis de intencionalidad de las políticas de acuerdo a su corte asistencialista o de construcción de derechos y ciudadanía social, en donde las personas pueden exigir la atención y el servicio como ciudadanos de una sociedad determinada.

Los servicios de salud provistos por el Estado, dependiendo del grado de desarrollo, cuentan muchas veces con la garantía de un paquete al que toda persona puede acceder; sin embargo, su operación lo constituye en un sistema burocrático, rígido e ineficiente, además de que los demandantes (en tanto depositarios de una prestación) tienen poca posibilidad de influir en los servicios disponibles y elegir los que responden a sus necesidades. Otra posibilidad es aquella oferta institucional gubernamental que sólo cubre a las poblaciones que son sujeto de seguridad social, con la cual coexisten dos alternativas: una de menor calidad que atiende a la población excluida de los sistemas de seguridad social y otra con carácter privado, que incluye tanto empresas que venden servicios, como organizaciones mutuales o cooperativas pertenecientes a gremios, sindicatos u organizaciones profesionales. Esto conlleva un acceso heterogéneo a la calidad de los servicios y una segmentación en la atención, además de amplios sectores de la población desprotegidos de los servicios de salud.

Cuando el Estado procura retirarse del escenario de la oferta de los servicios de salud, elimina las regulaciones que obstaculizan el libre funcionamiento del mercado y oferta, paquetes de atención primaria, privilegiando el enfoque asistencialista hacia los grupos más vulnerables. Vale la pena considerar el objetivo de las políticas sociales en términos de apoyar o mejorar las condiciones de vida de la población marginada, entendiendo estas últimas a partir de la satisfacción de las necesidades más elementales de los individuos (alimentarse, proteger la salud, educarse y habitar en condiciones adecuadas para la vida social).

Jusidman (1996) destaca diferentes modalidades que se han adoptado en el desarrollo de las políticas sociales: *el enfoque integrado* es un modelo incluyente que

supera desigualdades pero limita libertades, genera dependencia, centraliza el control, tiende a perder eficiencia y desconoce la diversidad; *el enfoque sectorial* privilegia ciertos aspectos del bienestar y concentra beneficios en poblaciones urbanas y de sectores formales, siendo excluyente y profundizando desigualdades; y *el enfoque plural*, que privilegia la libertad de elección por sobre la justicia y genera una oferta de servicios y protecciones sociales dispersa y desigual en su calidad y con frecuencia, altamente segmentada.

Lo anterior pone nuevamente en el debate la conceptualización que se privilegia de los derechos humanos, ya que éstos pueden ser vistos como un límite en la injerencia de las políticas sobre el espacio y la acción de los individuos, pero a la vez como un mecanismo (especialmente los derechos políticos) que aseguran la posibilidad de que los individuos se involucren más activamente en las políticas y las acciones de gobierno; en este caso, en las que repercuten en su salud. No obstante, una inquietud ética es si los individuos somos educados para construir nuestro entorno o para subsistir simplemente en el mismo (en tanto observadores), en el entendido de que la autodeterminación consiste en la libertad de elección y de participación del individuo en todas y cada una de las esferas sociales. Esta libertad se ve posibilitada una vez que el individuo posee un conjunto de capacidades básicas que han de estar acompañadas de un contexto adecuado para hacerse efectivas.

Es interesante tratar de reinterpretar el avance de las acciones de salud, particularmente los incorporados a las políticas públicas, ya que algunos autores han identificado dos criterios de avances de las mismas: la capacidad para combatir la pobreza y la capacidad para promover la democracia. Este segundo elemento hace referencia nuevamente a la presencia de sujetos activos en la construcción del Estado, ya que representa una lectura más comprensiva que la de los individuos como meros receptores de los beneficios construidos por las instituciones gubernamentales.

En cualquiera de los dos criterios anteriores se asumen los valores (e incluso recuperados como principios éticos) de igualdad y de libertad como característicos de los individuos. Ello genera problemas por las posibles contradicciones entre las necesidades individuales y los intereses sociales. Es necesario documentar la relación entre gobierno y sociedad civil en contextos específicos, así como su relación con modelos de desarrollo económico.

El entorno de la organización social de los servicios

A lo largo de la historia se han desarrollado diversas concepciones de la justicia, lo cual ha repercutido en las condiciones de acceso a los servicios de salud. En razón de la tendencia a conquistar nuevos derechos como producto de la modernidad y de percibir al estado como el responsable de garantizar las condiciones para el cuidado y preservación de la salud, se ha buscado dar un espacio mayor al principio de justicia, a partir de la concepción en términos de 'darle a cada quien lo que le corresponde' o 'dar igual tratamiento a situaciones similares'. Sin embargo, no es suficiente esta conceptualización en planos reales, ya que la diferenciación de las condiciones materiales da lugar a la

disyuntiva de dar contenido a las interrogantes sobre qué le corresponde a cada quien y cuáles son las situaciones similares (Canto y Moreno 1994).

La justicia puede ser entendida a partir de dos dimensiones: la deontológica que tiene relación con los principios que la fundamentan y la teleológica, que tiene que ver con el contexto del ejercicio de los derechos y las consecuencias de los actos (Lamas 1993). La primera ha sido llamada la ética del deber porque define el comportamiento ético en el sentido del cumplimiento de reglas; los códigos que se han desarrollado oscilan entre lo bueno y lo malo como polos opuestos en la conducta humana. La segunda permite identificar los propósitos del actuar de las personas, así como sus fines y aun cuando dichos objetivos no se cumplan, sus referentes éticos aceptan niveles entre los opuestos de la otra dimensión.

La diferencia en la percepción deontológica de la justicia a partir de sus principios, repercute en la organización de los servicios de salud. Se pueden identificar diversas situaciones respecto a la interacción que se establece entre el proveedor de servicios y el usuario, así como las condiciones contextuales que posibilitan la incorporación del principio de justicia en la organización de los servicios. A continuación comentamos las conceptualizaciones más conocidas de la justicia (Gracia 1990).

a) La *justicia como proporcionalidad natural*, basada en el carácter natural de la desigualdad y la jerarquía dentro de la sociedad. En la Edad Media los servicios se ofrecían de acuerdo al grupo social de pertenencia: ciudadanos ricos, artesanos libres y estratos pobres. Poco se cuestionaba la igualdad entre ellos, sino que asumiendo la diferencia se les proporcionaba lo que les correspondía. Se matiza la justicia en el servicio a partir del supuesto de la proporción entre la asistencia médica recibida y el rango social del paciente. Esta lectura promueve la relación paternalista entre el médico y el paciente, en la cual el primero posee el bien común y en función del bien particular que solicita el enfermo se le otorga como una dádiva de acuerdo a 'lo que merece', de acuerdo a la percepción del médico.

b) La *justicia como libertad contractual* se basa en buscar proteger los derechos y libertades naturales que tienen los seres humanos desde un principio. Es la lectura del pensamiento liberal y lo que trata de asegurar es el libre comercio y la justa adquisición de los bienes. En este esquema los servicios de salud para los marginados se ofrecen por caridad y no necesariamente por un valor de justicia. Además, sirve para distinguir el derecho negativo a la salud del derecho positivo a la asistencia sanitaria.

Se da en un contexto institucionalizado y hay un pacto social en función del lugar que guarda un trabajador en el ámbito laboral, a partir del cual el paciente o sus familiares pueden solicitar el apego a los acuerdos establecidos en dicho pacto; sin embargo, no hay condiciones para elegir las características en que se quiere recibir el servicio. Hay una incorporación aparentemente 'libre' a un contrato que previamente ha sido establecido. Cuando el lugar en el ámbito laboral no es formal, no hay posibilidad de participar en la celebración de un pacto formal, entonces surgen los servicios brindados por instituciones de beneficencia, cuya responsabilidad es totalmente asumida por el Estado.

c) La *justicia como igualdad social* se percibe como expresión del otorgamiento de servicios de salud de acuerdo a las necesidades individuales. Desde esta perspectiva se identifica a la salud como una capacidad y a la enfermedad como una necesidad; en la medida en que una persona transfiere parte del valor de su propia persona a la producción de un bien, se convierte en un sujeto que debe ser recompensado por el deterioro físico y mental que conlleva dicho proceso. En este esquema socialista se ofrecen servicios sanitarios gratuitos a toda la población con el fin de asegurar que coinciden en un esquema social las dimensiones de justicia e igualdad.

d) La *justicia como bienestar colectivo* es una mezcla de democracia liberal y de Estado social, que busca corregir las consecuencias del libre mercado con un principio de igualdad redistributiva. Los planteamientos reflejan el tránsito del derecho a la salud hacia el de asistencia sanitaria y del principio de libertad al de igualdad, así como de ver la salud como un problema privado a interpretarlo como un problema público. La justicia considerada a partir del principio de igualdad, es buscada a través de las políticas de bienestar social como una forma de integrar diversos derechos que reconocen al ser humano como sujeto de derechos y a la justicia como expresión de bienestar colectivo.

En el caso de la dimensión teleológica, respecto a la asignación de los recursos, la percepción de lo 'injusto' surge cuando se considera que algo no ha conseguido el máximo beneficio con un costo mínimo (ver Gracia 1990). En esta dimensión se concreta el vínculo que se establece entre economía y medicina en la medida en que es posible medir la utilidad y el rendimiento, bajo los conceptos de eficiencia y eficacia, y en función de considerar que una acción es buena para cada uno si ofrece la posibilidad de mejorar su situación. Esto implica una valoración de los costos y beneficios, ubicándolos en la lectura del utilitarismo y del disfrute de mejores condiciones de atención a la salud, como un derecho social e individual. El principio del utilitarismo se interpreta no solo desde el punto de vista de la relación de costos y beneficios económicos, sino de generación de un bienestar para el mayor número posible de personas (Macklin 1990).

Un elemento más a considerar es el contexto en donde se desarrolla el ejercicio de la justicia, pues a partir del mismo se generan las condiciones que comparten los sujetos a quienes van dirigidas las decisiones políticas para la atención de su salud. Entre los elementos que conforman tal contexto aparece la libertad como una condición que diferencia la forma en que se demanda la prestación de un servicio, es decir, en el entendido de que la convivencia en una economía libre de mercado, donde se puede acceder a los servicios de salud de una manera diferencial, hay un privilegio a la libertad como espacio para la toma de decisiones respecto al tipo de servicios que se tiene oportunidad o 'derecho' a demandar. Contrariamente este libre acceso a las oportunidades condiciona diferencias en dicho acceso pues aunque se tiene libertad de elección, la diferenciación de los recursos materiales con que se cuenta, define condiciones de desigualdad.

Con el fin de incorporar la libertad como una posibilidad para el ejercicio del derecho a la salud, es necesario identificar diferentes percepciones de libertad en la elección y la

actuación al respecto: a) la libertad como capacidad para hacer lo que uno quiere; b) la autodeterminación en tanto capacidad de determinar por sí mismo con razones, lo que uno quiere hacer; y c) la autonomía como posibilidad de determinar por sí mismo los criterios con los que es evaluado lo que uno elige y hace (Nunner 1992). Esto supone un avance en la percepción de los individuos como actores en la generación de condiciones para la construcción y apropiación de su autonomía, tanto de varones como de mujeres.

Otro elemento es la consecuente responsabilidad del cuidado de la salud como efecto del ejercicio de la libertad, de los individuos. Jusidman (1996) destaca la necesidad de definir los límites de la responsabilidad individual, familiar, comunitaria y social, pues no obstante que se reconoce al Estado como un agente corresponsable en el cuidado de la salud, al participar en los procesos educativos para el cuidado individual de la salud, deben considerarse también los procesos que se desarrollan y que permiten a los individuos 'preocuparse' de su salud, es decir, ocuparse previamente de ella, con el fin de poder influir sobre la misma.

El llamado sistema de atención a la salud de doble escala reconoce derechos individuales y sociales y permite garantizar un cierto grado de atención de la salud para todos, a la vez que ofrece la posibilidad de contar con seguros suplementarios a quien cuente con condiciones para ello, ya que se percibe la justicia a partir del ejercicio de la libertad, aunque ello crea distintos sistemas de atención de unos, excluyendo a otros.

Un contexto diferente es aquel donde se privilegia el principio de igualdad que enarbola la postura de ofrecer el grueso de los recursos a los sectores donde más se necesitan, con la intención de abatir en la medida de lo posible condiciones de extrema desigualdad; la situación se torna compleja cuando no hay acuerdo respecto a qué considerar como necesidad y cómo asignar los recursos cuando estos son inferiores a las necesidades y estas corresponden a los sectores mayoritarios.

Por ello es necesario, en la toma de decisiones sociales, considerar el carácter de igualdad de todas las personas, en el sentido de ser percibidas y autopercebirse como sujetos de derechos y obligaciones, lo que los ubica en la posibilidad de incidir de diversas formas (consensuadas) en la toma de decisiones respecto a la distribución de los recursos no sólo para programas de salud, sino de aquellos que atraviesan las condiciones materiales, como mínimos de bienestar para el logro de la misma.

4. Responsabilidad social, institucional e individual en la salud

La discusión sobre el derecho humano a la salud, en tanto recurso de empoderamiento de los individuos para el ejercicio de sus diferentes capacidades le da otras posibilidades analíticas al estudio de los vínculos entre los procesos demográficos y epidemiológicos, en la medida en que le reconoce un papel protagónico a los individuos que se reproducen, se enferman y se mueren, a la par que se desarrollan como personas.

La discusión sobre el tema de este trabajo adquiere matices diferentes y se ubica en un contexto más específico, cuando se vincula con la caracterización de problemas de salud de una población, en términos de su tipología y de la magnitud de los mismos. A lo

anterior se añade el tipo de acciones y vertientes de intervención que privilegia una sociedad determinada, a través de sus instancias reconocidas para el cuidado de la salud.

La caracterización epidemiológica de una población no es independiente del proceso demográfico que se está viviendo ni del desarrollo social y económico de una sociedad determinada. Los modelos de vida, las características alimenticias, los patrones reproductivos (social y biológicamente imaginados), la estructura política y moral de una sociedad (en términos de su capacidad para promover la democracia, la pluralidad y la tolerancia) no son independientes de las problemáticas de salud y mortalidad que caracterizan a una población, así como de las estrategias sociales organizadas para contrarrestarlas (ver Leal 1992).

A partir de las reflexiones propuestas en las secciones anteriores es necesario repensar la participación de los individuos que se consideran titulares de derechos, de las instituciones sociales y gubernamentales que inciden sobre las condiciones en las que se ejercen los derechos, y de las acciones y la organización social en el marco de las cuales viven los individuos y se desarrollan las acciones institucionales. Son varios los niveles de análisis teórico e implicaciones políticas que requieren de una mayor generación de conocimiento e investigación, así como de sistematización en el campo de la salud, al tratar de vincularse con la reflexión ética y con la dimensión de los derechos humanos.

a) En el nivel de las responsabilidades sociales, la organización de la vida cotidiana tendría una dimensión y expectativas diferentes de asegurarse el potenciar a los individuos en sus diferentes capacidades, asegurando ciertos parámetros mínimos como referencia de interacción. Es decir, evitar inequidades en la forma de acceder a las oportunidades para desarrollarse como personas. Una forma de asegurarlo es buscando que los problemas identificados en diferentes grupos poblacionales se socialicen y de esta forma se asegura que los individuos mismos, los organismos que trabajan con ellos, los investigadores sobre tales temáticas y los definidores de programas vinculados con las áreas de referencia, puedan intercambiar propuestas de solución.

Ello evitaría aproximaciones paternalistas y permitiría compartir las responsabilidades de búsqueda de recursos para poner en práctica las soluciones. Obviamente que ello sería posible en el caso de democratizar diferentes procesos de organización social, ya que toda valoración de niveles de responsabilidad trae asociada como condición el ejercicio de la libertad por parte de los actores involucrados. Esta propuesta entra en coincidencia con una lectura de >autocuidado colectivo=, lo que implica un acompañamiento mutuo en la construcción del bienestar social e individual.

En esta búsqueda es de gran relevancia revisar la relación entre el ejercicio de libertades individuales y la planeación de acciones sociales, a la luz de la influencia que sobre ambos ejercen los diferentes tipos de modelos de desarrollo económico. En este proceso es necesario discutir el alcance de la privatización, la descentralización y la desconcentración de los servicios de salud, como posibilidades de asumir socialmente el cuidado de la salud. A la vez, es necesario documentar la forma en que los individuos construyen procesos de autocuidado de su salud, a la par que rastrear sus estrategias

para construir su entorno vital.

b) En el caso del nivel institucional, es necesario deconstruir los procesos de definición de normatividades identificando la forma en que son incorporados el contexto y las necesidades de los individuos que se vinculan con dichas instituciones. Es decir, ¿se asumen sus necesidades, se suponen o simplemente se ignoran al definir políticas y programas?; en muchos casos pareciera que se construyen estrategias a partir de las prioridades teóricas, analíticas y políticas identificadas por los coordinadores de las instituciones, pero sin estar claramente presente la población a la que se destinan los servicios.

En este componente es relevante el papel de la investigación, al documentar el contexto de las acciones de salud en grupos poblacionales específicos, enfatizando que dicha investigación no es circunstancial, ni puede ser un lujo dependiendo de los recursos disponibles para ello. Algunos autores (Pérez Tamayo 1991) han llegado a proponer la obligación ética de la investigación en la medida en que las acciones de salud repercuten sobre individuos específicos, y por ende requieren de una permanente actualización, con el fin de tratar con dignidad (añadido personal) a quienes son objeto de las intervenciones institucionales.

Paralelamente, es necesario profundizar en la dimensión de los compromisos de la investigación, derivados del tipo de conocimiento adquirido, tanto de fenómenos empíricamente interpretados, como de las interacciones de carácter político que circundan las acciones sociales que influyen sobre la salud. Tan importante como lo anterior, es el explicitar el conjunto de riesgos asociados a la investigación con seres humanos, ya que ello constituye un costo a veces demasiado alto, cuando no se tiene tan clara la >justificación ética= del proceso de generación de conocimiento, al margen de que se defienda en aras de >la salud de la población=.

No resulta ocioso preguntarse por las responsabilidades que tienen los investigadores (y más específicamente la comunidad científica) por el hecho de investigar o dejar de investigar ciertos temas, vinculados con el entorno de la salud de la población. Las políticas de investigación puede omitir accidental o deliberadamente ciertos temas de sus agendas y con ello influir favorable o negativamente en la disponibilidad del conocimiento que alimenta políticas y acciones sociales que repercuten en la salud de la población. Ello no es independiente del financiamiento de los trabajos académicos, si bien no se reduce a ello. Las concepciones reduccionistas y los intereses puestos en juego en la definición de prioridades repercuten en el quehacer de la investigación.

c) En lo que se refiere a la especificidad individual, una dimensión necesaria es la de ejercer como ciudadanos, para lo cual un paso previo (analíticamente diferenciado) es el ejercer como persona. Ello permite participar en la construcción del entorno vital, dentro del cual el referido a la salud es central. A través del autocuidado de sí mismo y de los demás, se resignifica el vínculo con el propio cuerpo y el lugar del mismo en el ser persona. Recuperando la especificidad de la morbi-mortalidad masculina y femenina, puede participarse en nuevas formas de redimensionar la identidad de varones y de

mujeres, así como los factores que predisponen a ciertos problemas de salud por los procesos de construcción de la identidad genérica de las personas, a partir de la valoración de sus diferencias sexuales.

Charlesworth (1996) vuelve a enfatizar la prevención y el cuidado en lugar de la intervención y la curación médica, para lo cual sugiere la incorporación de tres aspectos: la reordenación de los factores sociales para prevenir enfermedades; el compartir de la manera más equitativa posible los recursos para la prevención de las enfermedades y para la medicina curativa y el hacer que las personas se incorporen en redes de medicina curativa, a través de las cuales se ejerza el derecho a la salud, en correspondencia con la responsabilidad que supone ser titulares de derechos.

La lectura ética posibilita identificar a los individuos como actores en la construcción del entorno para el ejercicio de sus derechos humanos, entre ellos el de la salud. Por lo mismo concluimos con un esquema que permite sistematizar componentes de dilemas éticos en diferentes problemas de salud, y en el cual el individuo es considerado como una pieza importante en el análisis.

El esquema propuesto para desarrollar un análisis de un dilema ético contempla los siguientes pasos: descripción del dilema detallando conflictos y posibles vertientes de solución que entran en tensión; identificación de actores y población afectada por el conflicto, población afectada por el conflicto que al parecer no lo percibe como tal, diferencias genéricas en la forma en que la población es afectada por el conflicto (por el hecho de ser mujeres o por el ser varones), principios o supuestos éticos que entran en juego al generarse el conflicto y riesgos de no respetar dichos supuestos o principios por omisiones, abusos, ambivalencias y confusiones en el lenguaje; definición de opciones factibles de solución y personajes partícipes en dicho proceso: diferencias genéricas en la forma en que la población participa en la solución de los conflictos; condiciones de posibilidad para la puesta en práctica de las soluciones y para la participación de las personas que se reconocen como actores relevantes; problemas metodológicos sobre los que valdría la pena seguir investigando para enriquecer el análisis y problemas éticos sobre los que es necesario seguir discutiendo: por ejemplo, la responsabilidad de la persona que percibe un conflicto, que además percibe que los individuos afectados por el mismo no lo ven como tal y que está convencida que debe hacerse algo para modificar la situación (Figuroa 1996).

Este esquema puede servir para repensar dinámicamente la discusión sobre el entorno de la salud en tanto objeto de derechos, además de ser relevante como propuesta de investigación y de postura política, la identificación de procesos de resistencia social a la normatividad institucional, así como los elementos de adaptación, reacomodo y transformación individual y grupal respecto a los cambios sociales y a las intervenciones institucionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bidart Campos, German (1989) **Teoría General de los Derechos Humanos**. Instituto de

Investigaciones Jurídicas. UNAM México.

Bloom, Samuel y Robert Wilson (1996) *Relaciones entre médicos y pacientes*, en Gloria Careaga, Juan Guillermo Figueroa y María Consuelo Mejía (compiladores) **Ética y salud reproductiva**. UNAM y Porrúa, México.

Canto, Manuel y Pedro Moreno (compiladores) (1994) **Reforma del estado y políticas sociales**. Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Cervantes Carson, Alejandro (1996) "Universalización, Desigualdad y Ética: Intervenciones en la Teorización sobre los Derechos Humanos" en Juan Guillermo Figueroa (coordinador) **Elementos éticos para el análisis de la reproducción**. UNAM, México (en revisión editorial).

Charlesworth, Max (1996 <1993>) **La bioética en una sociedad liberal**, Cambridge University Press.

De Keijzer, Benno (1995) "Masculinity as a Risk Factor", Seminario sobre fecundidad y ciclo de vida masculina en la era de Descenso de la Fecundidad, IUSSP, Zacatecas, México (mimeo)

Dieterlen, Paulette (1996) **Ensayos sobre justicia distributiva**, Fontamara, México.

Figueroa Perea, Juan Guillermo y Cristina Fuentes (1995) "Una reflexión ética a tomar en cuenta en las políticas de salud reproductiva: el contexto de las jóvenes mujeres". V Reunión Nacional de Investigación Demográfica. El Colegio de México. (mimeo)

Figueroa Perea, Juan Guillermo (1996) "Un apunte sobre ética y derechos reproductivos", en **Salud Reproductiva: nuevos desafíos** Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú. Pp. 221-218.

García Romero, Horacio (Compilador) (1996) **El Derecho a la Protección de la Salud de todos los Mexicanos**. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México.

Gracia, Diego (1990) "What constitutes a just health services System and how should scarce resources be allocated?", en Susan Scholle, Hernán Fuenzalida (Editores) **Bioethics. Issues and Perspectives**. Pan American Health Organization, Scientific Publication No. 527. Washington, D. C. Pp. 183-196.

Illich, Iván (1987) **Némesis médica**. Joaquín Mortíz, Planeta, México.

Jusidman, Clara (1996) "Cambios estructurales y políticas públicas. El caso de la política de empleo". Seminario Nacional sobre Políticas Sociales, Sexualidad y Salud Reproductiva. El Colegio de México. (mimeo)

Lamas, Marta (1993) "El debate bioético: proceso social y cambio de valores". **Sociológica**, Universidad Autónoma Metropolitana, Año 8, número 22.

Leal, Gustavo (1992) "Democratización inaplazable: la sucesión de las hegemonías médico-gremiales al trasluz del Programa Nacional de Salud 1990-1994", **Ciencia y Desarrollo**. Vol. XVIII. Núm. 103:33-46.

Macklin, Ruth "Ética y reproducción humana: perspectivas internacionales", **Social Problems**, Vol. 37, No. 1, pp. 38-50.

Madrazo, Jorge (1993) **Derechos Humanos: El nuevo enfoque mexicano**. Fondo de Cultura Económica. México.

Nunner-Winkler, Gertrud (1992) "Juventud e Identidad como problema pedagógico", **Educación**, Tübingen, Vol. 45 pp. 52-69.

Pérez Tamayo, Ruy (1991) "Investigación básica o investigación clínica?" **Ciencia y Desarrollo**. Vol. XVII (98): 121-127.

Silva, David (en prensa) "Reflexiones sobre el trabajo de mujeres, saberes médicos e institucionalización", en Juan Guillermo Figueroa (coordinador) **La condición de la mujer en el espacio de la salud**. El Colegio de México.

Soberón Acevedo, Guillermo (compilador) (1983) **Derecho Constitucional a la Protección de la Salud**. Porrúa, México.

Trejo, Guillermo y Claudio Jones (coordinadores) (1993) **Contra la pobreza. Por una estrategia de política social**. Cal y Arena, México.