

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ACATLÁN**

**LA INEXISTENCIA EN MÉXICO DE LA GARANTÍA
CONSTITUCIONAL DE SALUD**

SEMINARIO-TALLER EXTRACURRICULAR

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN DERECHO**

PRESENTA

FRANCISCO JAVIER VIÑOLAS SANDOVAL

ASESOR: LIC. JUAN ANTONIO DIEZ QUINTANA

JUNIO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios..... por el redescubrimiento de mi realidad espiritual.

A mis Padres e Hijos..... por su paciencia, fortaleza y apoyo, brindados de forma permanente.

A mis amigos, profesores, maestros, instructores, socios, compañeros, contrarios y enemigos, al igual que a toda aquella persona que ha tenido algún tipo de intervención durante el pasar de mi vida.....por su enseñanza.

Agradecimiento especial

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

Rindo este testimonio, al no tener mayores posibilidades de darlo a conocer por otras vías; con la excepción que permite el presente trabajo cuando llegue éste a todo aquel que tenga deseo de conocerlo.

Imposible iniciar de manera ordinaria este agradecimiento, por el solo hecho de que el calificativo mencionado, al ser usado como base, impactaría en el texto mismo y; considerando que esta Honorable Universidad, mi Universidad, al pasar de los años, ha sido y será todo menos ordinaria, no cabe externar palabras carentes de valor y profundidad debidas.

Por ello, manifiesto categóricamente, que la Universidad ha sido y es la otra mitad de mi vida, con lo que ello implica; sabores y sinsabores, enriquecimiento sin limite, camino claro-oscuro diario y cotidiano, acierto de visión, y soporte para andar con firmeza, honradez y honestidad frente al mundo.

Ha sido la sustitución de mi educación familiar, cuando he carecido de ella en casa, por la inexistencia de familiares claves.

Ha sido incluso el punto de partida en mi adultez, para decidir entre lo correcto y lo incorrecto, entre lo conveniente de forma personal y lo adecuado frente a los valores aprendidos, entre lo claro y lo oscuro del camino.

Ha sido el espejo que me ha permitido ver si mi actuar es acorde a los principios en los que se basa su existencia, y con ello recordar como principio de vida que hay que repetirlos, hasta en su última acepción.

Ha sido, el trampolín de mi éxito familiar, social y profesional.

Ha sido su esencia, un libro no apreciable materialmente por nadie más, que me ha dado cientos de fórmulas para verter y aplicar en la educación de aquellos que en algún momento han dependido de mi o se han acercado a pedir opinión, consejo, o guía.

Ha sido la mitad de mi vida, y pegada a mi otra mitad, han hecho de mi lo que soy, sin tener que pagar precio alguno; solo la condición de entender que su existencia se da concatenada a la existencia de todo aquel que decida incorporarse a ella, y con el principal objetivo de formar en todos y cada uno de sus integrantes, personas honorables que recorran un camino de probidad y honradez.

Ha sido y es mi principal orgullo, nombrarla como estudiante, postulante de mi actividad profesional y miembro incondicional de la misma.

Para ella, hasta lo humanamente imposible.

La Inexistencia en México de la Garantía Constitucional de Salud

INTRODUCCION

INDICE GENERAL.....	3
---------------------	---

CAPITULO I

Evolución histórica en México del servicio de salud hasta llegar a la inserción en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como Derecho, concretamente en el capítulo dogmático de las Garantías Individuales

A).- Época Prehispánica.....	6
B).- Época Colonial.....	10
C).- Época de La Independencia.....	17
D).- Época de La Post-Revolución.....	21
E).- Cuadro comparativo de las diversas acciones gubernamentales federales de 1934 a 2006.....	29

CAPITULO II

La Garantía Constitucional, su concepto y sus modalidades

A).- Las Garantías Individuales como auténticos Derechos de los gobernados.....	32
1.- Acepciones del concepto de Garantía.....	38
2.- Concepto de Garantías Individuales y su relación con las acepciones:.....	42
Derechos civiles, humanos, individuales y de los gobernados.....	43
3.- Relación Jurídica de las Garantías Individuales Sus elementos: sujeto y objeto.....	47
1. Sujeto Activo.....	48
2. Sujeto Pasivo.....	51
3. Objeto.....	51
B).- Las Garantías Constitucionales y su relación Con las Garantías Individuales.....	53
Origen, Esencia y Definiciones.....	53

C).- Las Garantías Sociales.	57
1.- Naturaleza Jurídica y definición de las Garantías Sociales.	58
2.- Relaciones de otros conceptos Jurídicos con las Garantías Sociales.	59
3.- Estudios de los elementos que conforman a las Garantías Sociales.	64
4.- Relación Jurídica entre el Estado y las Garantías Sociales.	65
5.- Las Garantías Sociales e Individuales Semejanzas y diferencias.	66
6.- El derecho a la Protección De la Salud como una Auténtica Garantía Individual y Social	67
7.- Marco resumido sobre los diversos conceptos de derechos humanos, Civiles, individuales, de los gobernados, publicos subjetivos, garantías Individuales y constitucionales en busca de un concepto univoco.	70

CAPITULO III

El Surgimiento en México de un Nuevo Sistema de Protección Social en la Salud conocido como "Seguro Popular"

A).- Su origen derivado de la propuesta-iniciativa de reforma a la Ley General de Salud.	82
B).- Las reformas a la Ley General de Salud. Su contenido y el nacimiento de un Tercer Sistema de Seguro Publico.	91
C).- Marco legal del financiamiento y del fondo de aportaciones del Sistema de Protección Social en Salud.	92
1.- Aspectos relevantes plasmados en la iniciativa de reforma que dan origen a la búsqueda de un financiamiento y un fondo de aportaciones.	93
2.- La aplicación parcial del Servicio de Protección Social en la Salud frente a la sociedad mexicana.	95
3.- Aspectos de salud que cubren los diferentes sistemas de seguro publico	97
D).- Cuadro comparativo con los otros sistemas existentes.	101

CAPITULO IV

La Inexistencia de la Ley del Seguro Popular.

A).- El otorgamiento del servicio de salud vigente mediante este tercer tipo de seguro	108
B).- La búsqueda de fondos y métodos de financiamiento para el servicio de Salud aplicables hasta nuestros días y dada la imposibilidad del Estado para cubrir este rubro frente a la sociedad	109
1. El pago personal	
2. La Caridad	
3. La Industria	
4. El Seguro voluntario	
5. Seguridad Social	
6. Fondos Públicos	
6.1 Tipos de Seguros Públicos de Salud.	
6.2 Clasificación del Tercer Seguro Publico (Seguro popular) como un componente financiero en el régimen de Salud.	
C).- Debate realizado por la H. Cámara de Diputados sobre el Seguro Popular en el año del 2005	115
1. La clara expresión del Estado de que el gobernado debe cubrir tal servicio con cargo a su bolsillo.	115
D).-Conceptos teóricos, bases jurídicas y concepción de diversas organizaciones Internacionales sobre el tema de la salud,	123
1. Diversos conceptos teóricos y bases jurídicas.	123
2. Organizaciones Internacionales.	126
2.1 Convenios y Recomendaciones Internacionales del Trabajo.	134
2.2 Convenios Sobre la Seguridad Social (Num162).	135
2.3 Los Orígenes de las Políticas Sociales.	140
E).- Relación de las leyes federales vigentes en las que se enlistan las de salud. La inexistencia de la Ley del Seguro popular.	141
F).- Perspectiva de la Ley General de Salud..	162
Modelos de Salud en América Latina.	163
Medicina Indígena	
Sistema Caritativo	
Seguridad Social	
Servicios Privados y Médicos Industriales	
Atención Medica Oficial	
Recursos Humanos	

Personal Paramédico o Auxiliar y los servicios Ambulatorios

G).- Ejemplo de Institución de Asistencia Social que cumple con el servicio de salud, bajo la base de aportación eminentemente voluntaria.	185
Conclusiones	190
Propuestas	192

I N T R O D U C C I O N

Derecho innegable, improrrogable, intransmisible, e inalienable de todo ser humano es la salud desde el momento de ser concebido. Su concepción conlleva una serie de derechos vigentes para toda su existencia como la libertad, el alimento, el vestido, el trabajo, la vivienda, la educación, la recreación y por su puesto la salud. Es necesario destacar que la salud es de los más preciados derechos, a nivel individuo y como patrimonio de la sociedad. Incluso, la salud es indispensable para el desarrollo económico y social de la humanidad misma.

Mi criterio es que “La salud se ha interpretado como la capacidad que tienen los hombres para ser cada día mejores (física y mentalmente hablando) y lograr una mejor adaptación a la vida en sociedad”. He encontrado incluso otra versión (derivada de un sondeo entre especialistas médicos) como “La salud se traduce en un equilibrio y plenitud vital que trasciende no sólo al interés personal, sino que se convierte en un bien colectivo”. Por lo tanto, deduzco que la salud debe entenderse como: un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades o padecimientos.

En México se ha considerado a la salud desde siempre como una necesidad individual y social de difícil cobertura, no solo para el propio individuo carente de recursos y medios apropiados por atender sus deficiencias o enfermedades físicas o mentales; sino por la imposibilidad del Gobierno vigente en cada época histórica para cumplir con esta obligación y satisfacer esta necesidad. Hoy por hoy, la mayoría de los gobiernos a nivel mundial luchan contra la desaparición de enfermedades y padecimientos colectivos sin lograrlo en su totalidad, pues en su mayoría no cuentan con los recursos adecuados, sean económicos, culturales, educacionales, humanos o materiales.

El objetivo de este trabajo es analizar como el Estado Mexicano, desde el Gobierno Federal, incumple con la impartición del servicio de salud, trayendo por consecuencia la violación al derecho a la salud plasmada en nuestra Constitución Federal.

Para ello, en forma sucinta abordaremos los antecedentes de la materia sanitaria y su trascendencia en nuestro país, refiriéndonos a las instituciones creadas desde el periodo Azteca, hasta nuestros días, su evolución, deficiencias y logros alcanzados; incluiremos un cambio a nivel de texto constitucional, dado en el año de 1983, durante el periodo presidencial del Lic. Miguel de la Madrid, en el cual tal aspecto fue elevado a rango constitucional; “El Derecho a la Salud”, contemplado al día de hoy en el artículo cuarto de nuestra Constitución Federal; así como los momentos subsecuentes hasta nuestros días incluyendo las reformas a la Ley General de Salud para dar nacimiento a una figura que podíamos llamar “**híbrida**” (y copia parcial de los sistemas de salud existentes), coloquialmente conocida como Seguro Popular. Continuaremos con un claro análisis de la Inexistencia de una ley específica para el “Seguro Popular” en nuestro último tema, dando un marco de conceptos, referencias, conceptos jurídicos e Instituciones, dedicadas a la seguridad social, que han dado a México tal cantidad de información que bien se pudo utilizar para lograr mejores reformas e incluso encaminar mejor la solución.

El primer capítulo contendrá el análisis de algunos aspectos relativos a los tópicos históricos siguientes: La impartición de la salud en diferentes épocas históricas mexicanas; como la prehispánica, colonial, de la independencia y de la posrevolución en nuestro país.

El segundo capítulo analizará qué son las Garantías Individuales y cuales son sus elementos, realizando un estudio comparativo con las Garantías Sociales en virtud de que nuestro Derecho a la Salud, es para algunos, una Garantía considerada eminentemente Social, --- aunque bajo nuestro punto de vista no es mas que DERECHO individual o subjetivo, cuestionando su posición como derecho público---; estableciendo la diferencia que existe entre derechos, garantías individuales y sociales, y con ello abordar la obligatoriedad del Estado a través del Gobierno, en sus distintos ámbitos de competencia, respecto del cumplimiento del derecho en cuestión; en otras palabras, concluiremos en este apartado que el Derecho Social de la Salud como norma Social posee características propias y distintas a los principios rectores de las Garantías Individuales en si, y que en el rubro de la norma social, básicamente se traducen las posiciones de las partes en lo siguiente: la del gobierno -- en un "Hacer" y la de los grupos gobernados -- en un "No Hacer".

Del análisis vertido en estos dos primeros capítulos del trabajo queremos inferir sobre los aspectos políticos, jurídicos y sociales existentes en México como base para que la salud haya sido llevada al rango constitucional, a través de la iniciativa de reforma, vía debate en la Cámara de Senadores del Honorable Congreso de la Unión, en el año del 2003; la reforma respectiva aprobada y sumando el análisis de los dos capítulos posteriores, deducir que el Derecho a la Salud en México, bajo las perspectivas del Estado es inviable.

Por ello, habiendo analizado la trayectoria de México sobre el otorgamiento del servicio de salud; ubicando al Derecho a la Salud solo como tal y lejos de ser una Garantía individual o social, (principalmente por el papel del Estado), aun y que se encuentre dentro del apartado de las garantías individuales, abordaremos el capitulo tercero, analizando el ultimo Sistema de Protección Social de Salud, creado durante el gobierno del Presidente Vicente Fox Quesada.

Este sistema a nuestro parecer, exclusivamente implementado por el Gobierno Federal en aras de resolver esta deficiencia y queriendo cubrir una necesidad social, ha demostrado estar imposibilitado al día de hoy para otorgar y garantizar el servicio de salud como una verdadera garantía constitucional a todos los mexicanos.

Las reformas a nivel constitucional, así como a nivel reglamentario, el surgimiento de las legislaciones a nivel local y los diferentes sistemas de salud existentes en nuestro país, han resultado una vía débil, de aplicación parcial en la sociedad, distantes de lograr la solución total.

En el tercer capitulo, tocaremos incluso las reformas de 1983 donde se logro elevar al rango Constitucional el Derecho relacionado con la salud. Nos referiremos a la "Exposición de Motivos de la Adición", la cual a su vez, nos permitirá desglosar la adición a la ley en si y otros elementos que trataremos con posterioridad, exponiéndolos y dando nuestra opinión en el sentido de que tal derecho no es una garantía y por ende no se verá cumplida por el solo hecho de haberla plasmado dentro del apartado de las garantías individuales constitucionales.

Concluiremos este tema con una propuesta modificatoria constitucional sobre el referido Derecho a la Salud.

Seguramente lograremos dar claridad a este nuevo concepto coloquial denominado "SEGURO POPULAR".

Nuestra base es que de la evolución del ser humano y de la sociedad misma mexicana, surge la necesidad de tocar el Derecho a la Salud dentro de las normas jurídicas, como una obligación y deber para el sujeto pasivo de la relación jurídica "Gobernante-Gobernado" y permitir el nacimiento benéfico que reporta a los detentadores del derecho referido.

Deduciremos que existe un grupo mayoritario en la sociedad con mayor derecho a detentar esta garantía; sin excluir, por supuesto, a ningún sector de la ciudadanía mexicana.

Esos sectores de la sociedad son aquellos grupos que por razones sociales, económicas y culturales se encuentren en notable desventaja frente a otros que cuentan con alguna protección al respecto, por lo cual el Estado deberá proporcionar entre muchas otras acciones de carácter individual y colectivo, aquellas con fines preventivos, curativos, de rehabilitación, destinadas a mejorar las condiciones generales de salud y de vida de todos y cada uno de los miembros mexicanos de esta sociedad.

Para finalizar abordaremos en el cuarto capítulo entre otras cosas, la inexistencia de una Ley del Seguro Popular, las perspectivas de La Ley General de Salud, la clara expresión del Estado de que el gobernado deberá cubrir parte o la totalidad de este servicio con cargo a su bolsillo, etc.

En este trabajo encontraremos perfiles parciales del análisis sobre el problema medular de salud en México y una débil propuesta de solución, lo que nos permite entender que los legisladores no han comprendido del todo la situación actual en la que vive el país en el ámbito de la Salud, lo cual hace inviable la prestación de tal servicio a la comunidad nacional y por ende el temor del mismo Estado de darle el grado de Garantía Constitucional a tal rubro, dejándolo, según lo vemos en el texto de La Constitución Federal, tan solo como un derecho.

CAPITULO I

Evolución Histórica en México del servicio de salud hasta llegar a la inserción en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como derecho a, concretamente en el capítulo dogmático de las Garantías Individuales.

CAPITULO I

Evolución Histórica en México del servicio de salud hasta llegar al rango de Garantía Constitucional

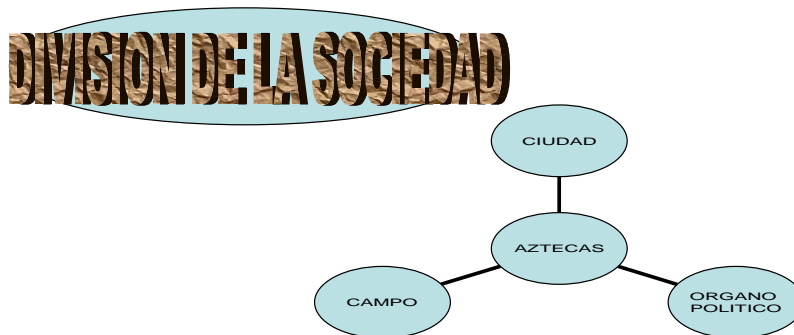
A) Época Prehispánica

México, a lo largo de su historia ha sido un país en el que el Estado se ha preocupado por la salud de sus habitantes, aunque de forma limitada. Desde la época prehispánica hasta la actualidad; las autoridades gubernamentales y la iniciativa privada han procurado cada día, proporcionar medios y recursos adecuados para dar mayor servicio de salud a la población; a pesar de estos esfuerzos, la planificación sanitaria no ha recibido toda la atención y la importancia que ha requerido. Debemos saber como ha ido evolucionando la Asistencia Social de Salud en México a través del tiempo, con el objeto de apreciar la estructuración y organización de los mecanismos de salud, así como su planeación y aplicación.

Iniciaremos con la Época Prehispánica. Sobresalió Mesoamérica, un área importante por su desarrollo cultural, social, político y económico. Esta área comprendía parte de la República Mexicana y Centroamérica; y destacaba en ella el pueblo azteca, cuyo gobierno se ha considerado como moderno por su estructura, pues fue un protector de otros pueblos bajo su dominio.

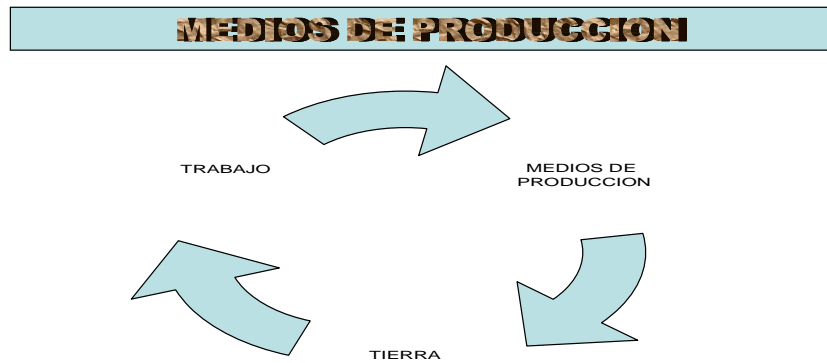
La organización social y económica de los aztecas se dividía en dos sectores: la ciudad y el campo, cuya regulación y dirección estaban en manos del órgano político, ya que los gobernantes manejaban los principales medios de producción y que eran: tierra y trabajo. (Ver fig. 1)

Figura 1



La tierra entre los aztecas tenía una marcada importancia. Existían diversas clases: a) la del Rey (Tlatoani) que le pertenecía por su cargo y con sus trabajadores, estos, de la población común, b) las tierras de los nobles otorgadas por el tlatoani, dadas a éstos en usufructo y se les otorgaban para desempeñar funciones públicas, trabajadas por cuadrillas de campesinos y macehuales; por otro lado, c) los calpulli o tierra del pueblo, se destinaban a las familias, eran trabajadas por campesinos, obtenían de ellas productos para uso propio y además estaban obligados a dar tributo. (Ver fig. 2)

Figura 2



La organización del trabajo era el resultado de la estructura social que se dividía en dos clases: nobles y plebeyos. Los nobles estaban integrados al grupo de los llamados tlatoani (reyes), así como ciertos funcionarios, entre los que se encontraban los nobles y los guerreros; los plebeyos, por la parte, se dividían en artesanos y macehuales. Otra subclase la constituían los comerciantes o potchecas considerados como la clase media, que si bien no tenían un origen noble, existían clases señoriales entre ellos.

La organización social, tenía un desarrollo político: contaba con un sistema tributario y almacenes reales, el gobierno realizaba obras, existían entidades públicas que eran trabajadas mediante “corveas” que consistían en la obligación de prestar servicios al rey en obras públicas y **existía un tipo de asistencia social.** (Ver fig. 3)

Pero que se entendía como asistencia social? Y aquí una definición:

“Las acciones de un individuo, grupo social o gobierno con el propósito de satisfacer necesidades físicas y sociales, así como disposiciones mediante las cuales se otorgaban concesiones, regalías y servicios personales para el buen funcionamiento de la estructura social”. (1)

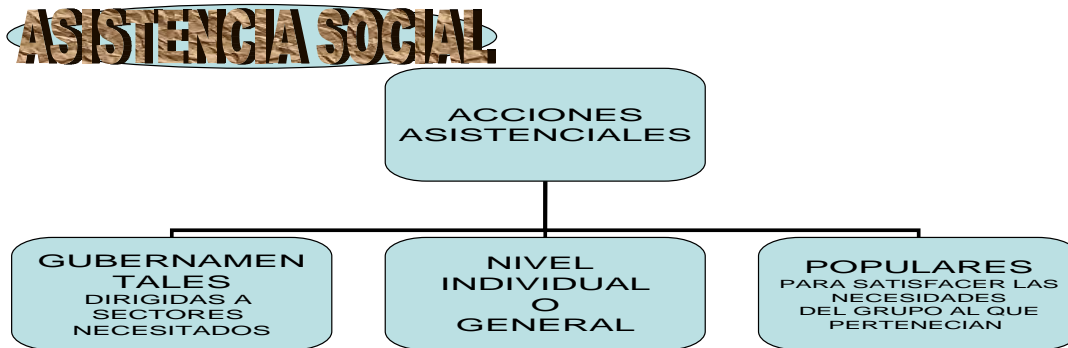
Figura 3



1.- La Salud en México: Testimonios 1988, Desarrollo Institucional Asistencial Social, GUILLERMO SOBERON, JESUS KUMATE, JOSE LAGUNA, Biblioteca de la Salud, tomo IV, México 1988, página 15.

Derivado de tal concepto, las acciones asistenciales de los aztecas se dividían en gubernamentales y populares, las que se realizaban en forma general o individual. Las gubernamentales iban dirigidas a los sectores necesitados, y las acciones populares satisfacían las necesidades del grupo al que pertenecían. (Ver fig.4)

Figura 4



En cuanto a la educación azteca, ésta era otorgada por el gobierno; los infantes iniciaban sus estudios a partir de los 6 años en algún tipo de colegio, como el Calmecac o el Tepochcalli. El primero era el que albergaba a los hijos de dignatarios, admitiéndose también los de comerciantes y en algunos casos los de las familias plebeyas. En el Calmecac se preparaba al alumno para sacerdote, para desempeñar altas funciones en el gobierno y la educación era severa y rigurosa. (Ver fig. 5)

Figura 5

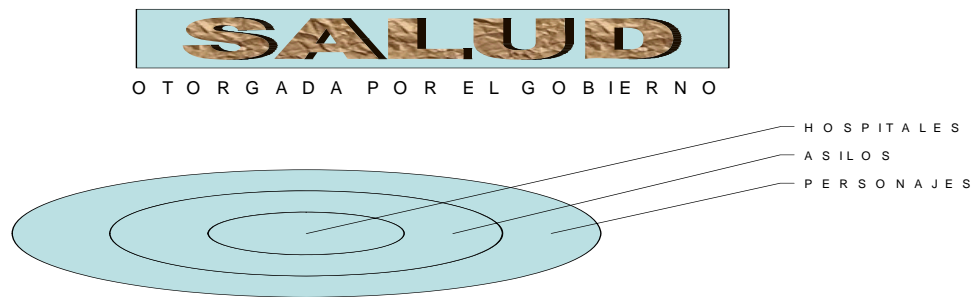


El Tepochcalli formaban guerreros y ciudadanos y la educación impartida no era tan rígida, proporcionándose mayor libertad a los alumnos; cada barrio tenía varios tepochcallis, al que podían ingresar también mujeres.

En lo referente a la salud, los aztecas se caracterizaron por ser un pueblo guerrero, llevaron a cabo una serie de prácticas médicas, quirúrgicas y hospitalarias para atender las necesidades de salud de guerreros, enfermos, y de la población en general. Contaban con hospitales para desahuciados, así como asilos para niños expósitos, los centros mejor equipados se encontraban en la altiplanicie del Valle de México, **específicamente en Tenochtitlán, Cholula, Tlaxcala y Texcoco**. Se fundaron también asilos para guerreros, viejos y ancianos, en los que se ingresaba si se había sobrevivido a la guerra y a la enfermedad, además de tener la edad suficiente para ser considerado **huhuetoque o anciano**. (Ver fig. 6)

Figura

6



Existieron en esa época una serie de códices y relaciones que trataban de los diagnósticos de las enfermedades (apuntes médicos étnicos) que se hacían en ese pueblo. Existieron también chozas primitivas que después se convirtieron en hospitales militares. En ello, entre otras cosas, se aplicaban cataplasmas, se daban a beber infusiones y se curaban heridas infectadas con aceite hirviendo. A los curanderos se les llamó **Tlamatepatocitl** y a los cirujanos **Toxotlaticitl**, personajes que prestaban sus servicios en el ejército. Los cirujanos conocieron la sutura, la escarificación y la trepanación craneana, así como los trabajos odontológicos. (Ver fig. 7)

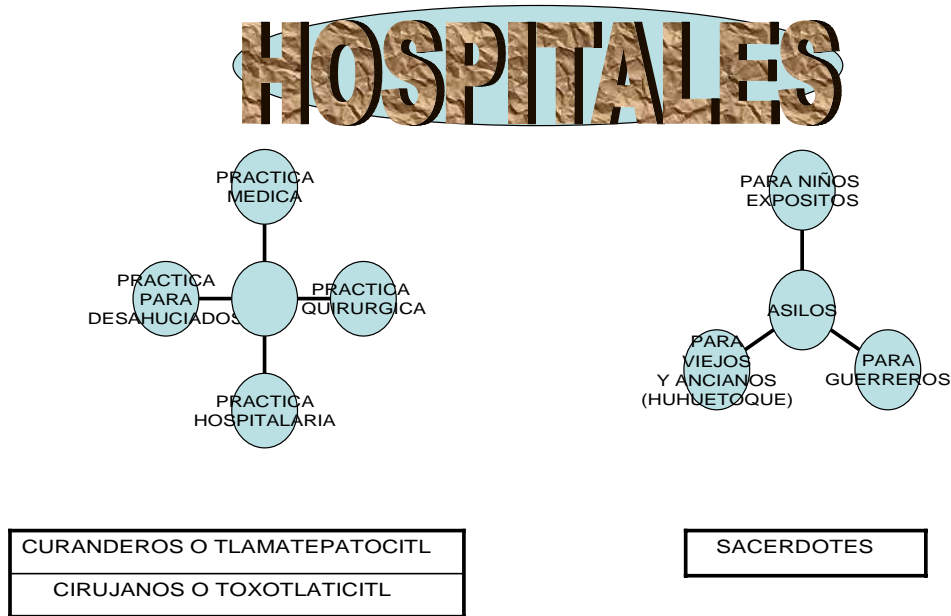
Algunos otros individuos que se unían al ejército contando con conocimientos de herbolaria, proporcionaban también atención médica a los heridos en batalla.

Los aztecas tuvieron especial cuidado en estudiar la Botánica (ciencia que estudia las plantas y las flores que proporcionan remedios médicos). Esta comunidad utilizaba el “Temascal”, un baño que se empleaba para distintas enfermedades, particularmente febriles, para mujeres después del parto y para los que hubieran sufrido picaduras o mordeduras de animales ponzoñosos.

Debemos entender el entorno del momento, las siguientes líneas no ayudaran a ello: **“Las Acciones de Asistencia Social Azteca que tenían su origen en el sentir popular se legitimaban principalmente en su práctica generalizada y común, lo que no significaba que el gobierno no participara en dichos actos, sino que éstos se ubicaban dentro de la concepción mítico-religiosas de toda sociedad”.** (2)

2.- La Salud en México: Testimonios 1988, Desarrollo Institucional Asistencial Social, GUILLERMO SOBERON, JESUS KUMATE, JOSE LAGUNA, Biblioteca de la Salud, tomo III, México 1988, página 16.

Figura 7



La medicina prehispánica, no solo fue ejercida por los sacerdotes, sino fue una actividad realizada por curanderos y cirujanos, aplicada a las clases menos beneficiadas, inmersas en la miseria, el hambre y con la necesidad de curar sus enfermedades con plantas.

B) Época Colonial

Con la llegada de los españoles a América, se introdujeron una serie de elementos traídos de Europa, que influyeron en forma determinante y definitiva en la conformación de nuestra Patria. España que al final de la Edad Media, en su gran mayoría se encontraba poblada de agricultores, al venir a México trajo con ellos importantes normas políticas y de Administración Pública. **De todas las colonias de ultramar, la Nueva España, fue sin duda la que mayor tradición hospitalaria tuvo durante los tres siglos que duró la dominación Española.**

Claro esta, no debemos olvidar la forma en que se dio esta conquista, llamada por otros como “el encuentro de dos mundos”, su evangelización y su conquista.

Me permito hacer unas breves referencias, sobre el surgimiento de la conquista del imperio azteca, lo cual trajo por consecuencia cambios en la impartición del servicio de salud a ambas comunidades. (Ver figura/nota 8)

Figura/nota 8 mapa del descubrimiento de las Antillas

Figura 8 Insertar mapa

Origen y camino hacia la conquista del Imperio Azteca (1499-1509), (1510-1520) y (1520-1542).

Desde los primeros viajes colombinos, la isla de Cuba se convierte en centro de la colonización del Caribe y, más allá de sus confines, de toda América. De ella parten las primeras expediciones que convirtieron aquel mar en "Mare Nostrum" hispano. Se actuó sobre Puerto Rico y las Pequeñas Antillas, sobre Jamaica y Cuba, y también, sobre la costa opuesta (Ojeda, 1499; Bastidas, 1500; y Nicuesa, 1509), que debía recibir los nombres de Tierra Firme y Castilla del Oro.

En relación con el núcleo de la Española se disponen el de Cuba y el de Panamá. La intensidad de la corriente geopolítica, que ya desde los comienzos del establecimiento de España en el Caribe se concentra en la costa del golfo de Darién (Colón, 1502), conduce al descubrimiento del Mar del Sur (Balboa, 1513) y el reconocimiento del papel importantísimo del Istmo de Panamá en la vida de América. Del núcleo Panameño, en efecto, no solo dependen gran parte de la colonización de América del Sur, sino, además, los descubrimientos que se realizaron en la porción sur de la América Central.

Arrancando del núcleo Cubano, se exploran las costas del golfo de México (expediciones de Grijalva y Pineda). Tales tendencias habían de conducir, indefectiblemente, a la conquista del IMPERIO AZTECA, que realizó Cortés en 1519-1521. De esta forma quedó establecida la triangulación que fue clave del dominio español en América: CUBA-MÉXICO-PANAMA. Asimismo, la penetración de España en América del Norte se efectuó prácticamente, a base del centro mexicano y de sus enlaces marítimos (Mendoza, 1532; Carrillo 1542) o continentales (Nuño de Guzmán). "El Descubrimiento en las Antillas". Compendio de mapas, España. 2006.

En esta época, vemos aparecer simultáneamente la labor evangelizadora con la construcción de templos y monasterios; a "los dispensarios", ubicados a un costado de estos últimos. Los indígenas que poblaban el Valle de México, además de ser evangelizados, aprendieron nuevas técnicas agrícolas y artesanales. Muchas de sus tradiciones fueron abolidas y destrozadas por los españoles, otras **como la aplicación curativa de las plantas en su administración farmacológica perduró a través del tiempo.**

El Rey Carlos V de España, inspirado en la caridad cristiana, una vez conquistado México, **decretó la asistencia al necesitado en varios virreinos**, entre ellos la Nueva España y el Perú. **Teólogos y juristas españoles dieron base a una serie de doctrinas, legislación y medidas sanitarias en América.** Tenemos a los misioneros

que edificaron templos y conventos, levantaron escuelas ayudados de las personas originarias, con el fin de doctrinarlos y posteriormente darles una instrucción elemental.

Con el tiempo y a través de diversas disposiciones legales se inicio la construcción de hospitales, en la que intervinieron además de Ordenes Religiosas, Reyes, Virreyes, Cabildos, Indios Principales y algunos acaudalados filántropos. “Carlos V de España el 7 de octubre de 1541, **expidió una real orden que debían acatar vasallos, indios y españoles que carecieran de recursos económicos estableciendo la asistencia obligatoria y la práctica de la caridad cristiana**”. (3)

La primera Orden Real establecida sobre medidas sanitarias señaló:

“Que se funden hospitales en todos los pueblos de españoles e indios. Encargamos y mandamos a nuestros Virreyes, Audiencias y Gobernadores, que con especial cuidado provean, que en todos los pueblos de los españoles e indios de sus provincias y jurisdicciones, se funden hospitales donde sean curados los pobres, enfermos y se ejercite la caridad cristiana”. (4)

Con respecto a la ordenanza del Rey Felipe II expedida en el Bosque de Segovia en 1573, disponía:

“Que los hospitales también se funden conforme esta Ley. Cuando se fundare o poblare alguna ciudad, villa o lugar, se pongan los hospitales para pobres y enfermos de enfermedades contagiosas en lugares levantados y partes que ningún viento dañoso, pasando por los hospitales vaya a herir a las poblaciones”.

Lo más importante de esta Ordenanza, era el mandato de construir hospitales en Villas, Ciudades o cualquier lugar sin importar el valor cuantitativo de las poblaciones. Es también importante destacar que en dicha Ley se hizo una distinción entre las enfermedades contagiosas y las que no lo eran.

Una tercera, expedida por Felipe II en Madrid el 19 de Enero de 1587, disponía:

“Que los Virreyes del Perú y de la Nueva España, que cuiden de visitar algunas veces los hospitales de Lima y México y procuren que los oidores por su turno hagan lo mismo, cuando ellos no pudieran por sus personas y vean la cura, servicio y hospitalidad que se hace a los enfermos, estado del edificio, dotación, limosna y forma de distribución y porqué mano se hace, con que animará a los que administran, a que con ejemplo de los Virreyes y ministros sean mayor consuelo y alivio a los enfermos y a los que mejor asistieren a su servicio, favorecerán, para que sean parte de premio. Y así mismo, mandamos a los gobernadores, que en las ciudades donde residieren tenga esta orden y cuidado”. (5)

Esta resultaba una forma de obligar a las autoridades responsables a estar cerca de los enfermos, de la calidad de los lugares destinados al cuidado de la salud y de su administración.

Durante el siglo XVIII, surgieron instituciones hospitalarias para militares, cuya función era la de cuidar a soldados y marinos enfermos. En este siglo se restauraron la mayoría de los Nosocomios creados en el siglo XVI; deteriorados estos por el tiempo y el uso.

3. El Derecho Social y la Seguridad Social Integra; FRANCISCO GONZALES DIAZ LOMBARDO; Textos Universitarios, México 1978, página 391.

4. Idem.

5. Idem.

El sostenimiento de los hospitales, en un principio, quedaba a cargo del fundador, lo dotaba de renta y casa, proporcionándole además los enseres y muebles necesarios para su buen funcionamiento. **Cuando el bienhechor fallecía, el mantenimiento recaía en la finanza real o en algún otro patronato, éste podía estar constituido por sucesión del mismo fundador o bien por algún otro filántropo.**

Los Nosocomios de esta época, no siempre desarrollaron la labor de cuidar y curar enfermos: también se dedicaron a proporcionar albergues para viajeros y caminantes, o bien servir de asilo a desvalidos; de ahí la importancia social de la labor que desarrollaban.

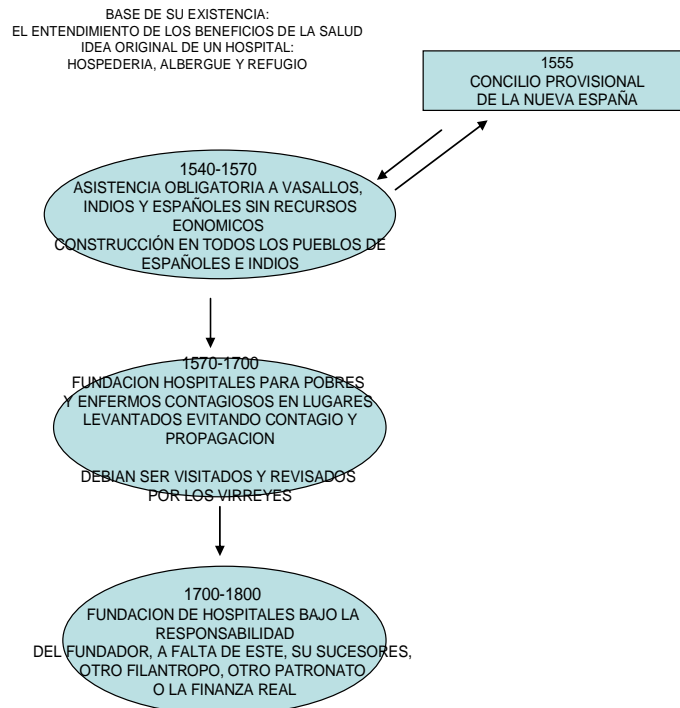
El primer Concilio Provincial de la Nueva España reunido en el año de 1555, captó los alcances y beneficios de la labor de salud, insistiendo en el hecho de que era necesario tanto para los indios pobres como para los forasteros que a ellos acudían, la existencia de hospitales donde los necesitados fuesen atendidos; comprendiendo dentro de esta tarea, a pobres, enfermos y convalecientes.

El concepto de hospital que imperaba en esta época era distinto al significado que damos actualmente al mismo:

Hospital en la Colonia significaba una especie de hospedería, en la cual se daba albergue y refugio a viajeros y personas menesterosas que no tenían donde vivir; posteriormente se redujeron a una sola función; la atención a enfermos. (Ver figura 9)

Figura 9

ORIGEN Y FINALIDAD E LOS HOSPITALES



Encontramos que las primeras manifestaciones de asistencia social, fueron las relacionadas con la educación, capacitación y salud; comprendiendo también los aspectos del vestido, albergue y alimentación.

Hernán Cortés en 1524 fundo el Hospital de la Limpia Concepción de Nuestra Señora en Huitzilán (Calzada de Tlalpan) que posteriormente se le conoció con el nombre Hospital de Jesús.

Vasco de Quiroga por su parte, en el año de 1531 inició la construcción de edificios y la creación de la comunidad indígena de enfermos que giraba alrededor del que se llamó Hospital de la Santa Fe. En esta comunidad sus integrantes sanos labraban la tierra y desempeñaban varios oficios para poder pagar la atención médica a los cirujanos. El Hospital de la Santa Fe, en sus inicios fue un asilo para niños expósitos, el que con el tiempo se fue ampliando hasta convertirse en una cooperativa de producción y consumo.

Por considerarlo importante, señalaremos en forma breve y sucinta la creación de los centros hospitalarios más destacados en esta época y en algunos casos la actividad a la cual se dedicaban, de esta manera apreciaremos claramente el crecimiento de la asistencia social a la salud durante este periodo de la historia:

En 1534, el Hospital del Amor de Dios fundado por Fray Juan de Zumárraga, y por él mismo, fue fundado también el Hospital Real de Bupas.

En 1529, el Hospital Real de Naturales fue fundado por Fray Pedro el Grande, y fueron fundados a la vez el Hospital de Nuestra Señora de Belem, en la ciudad de Perote Veracruz y el Hospital de la Asunción (de la salud) en Pátzcuaro Michoacán.

Después fueron fundados el Hospital Tiripetío, y en Puebla son fundados los hospitales de San Pedro y la Santa Veracruz.

En 1540, es fundado el Hospital de amor de Dios para sifilíticos y en ese mismo año inician las obras de construcción del Hospital de Indios para víctimas de epidemias e inundaciones, creado por el Virrey Luís de Velasco en 1553, Fundado a su vez por Bernardino Álvarez, en 1566, el Hospital de San Hipólito, que fue el primero destinado para enfermos mentales.

El Hospital de la Santísima fue establecido en 1569, y el de la Santa Cruz de Hustepec, Morelos en 1570; Moctezuma Ihuicamina tuvo ahí un jardín botánico, el cual contenía principalmente plantas medicinales. Allí mismo escribió Gregoria López, el primer libro de Terapéutica en América, basándose en el Manuscrito de Badianus, que fue escrito en lengua azteca en 1552 por Martín de la Cruz.

Es necesario mencionar sobre este manuscrito que se le considera el primer texto de farmacología de la época colonial, cuyo nombre original es el de "Herbario de la Cruz Badiano", traducido al latín por Juan Badiano.

Entre 1571 y 1572 son fundados el Hospital de Leprosos San Lázaro por Pedro López, en Mérida Yucatán, el Hospital de Nuestra Señora del Rosario y el de San Martín en San Juan de Ulúa para enfermos contagiosos, impidiendo el contagio de la fiebre amarilla.

El hospital de Montserrat es fundado entre 1580-1581 dedicado a combatir epidemias de viruela y más tarde enfermedades incurables. El Hospital de la Epifanía de 1582 fue fundado por Pedro López, llamado Nuestra Señora de los Desamparados en el cual se atendían a mulatos y mestizos. Con el transcurso del tiempo cambio de nombres, primeramente al de San Juan de Dios y en 1576 al de Hospital Morelos, con amplias salas, habitaciones, despensas, cocina, etc.

En 1756 es terminado el Hospital de los enfermos de la orden de San Francisco, autorizado por Fernando VI.

En 1779 se fundó el Hospital de San Andrés; Alfonso Núñez de Haro en esa época solicitó al Virrey la creación del colegio de San Andrés para atender la viruela.

En este periodo también se fundaron escuelas importantes las que en su mayoría fueron atendidas por frailes. Destacaron las siguientes:

- 1) Escuela de San José de los Naturales, en 1525 por Pedro de Gante.
- 2) Colegio de San Juan de Letrán en 1529 por Fray Juan de Zumárraga.
- 3) Colegio de Nuestra Señora de la Caridad para niñas de 1533, por Fray Juan de Zumárraga.
- 4) Colegio de la Santa Cruz de Tlatelolco en 1536, de enseñanza superior para naturales.
- 5) Real y Pontificia Universidad de México de 1553.
- 6) Colegio de San Pedro y Pablo de 1572.
- 7) Colegio de Santa María de todos los Santos de 1573.
- 8) Colegio de San Pablo 1575.
- 9) Colegio de San Ildefonso 1588.
- 10) Colegio de Nuestra Señora de Guadalupe para niñas indígenas de 1759.
- 11) Colegio de las Vizcaínas 1767.
- 12) Colegio Real de Minas de 1792

Debemos mencionar también que durante el descubrimiento de nuevas riquezas en las minas de México, la población se incremento en tales lugares, y en ellos cada vez se demandaban servicios diversos, especialmente para atender necesidades de la población así como sus enfermedades. Esto obligó a la capital de la Nueva España, a comercializar un sin fin de productos traídos de Europa y Asia.

Paralelamente a esto, se inicio el establecimiento de talleres, tratando con estos de cubrir la demanda de atención médica. Es a raíz del establecimiento de estos talleres que surgen los gremios denominados “**Cuerpos Colegiados de Artesanos**”, dedicados a la producción de objetos o artículos de consumo. Estos artesanos estaban muy unidos y organizados y solidarizándose entre si formaron **las cofradías**, consideradas como Asociaciones Civiles que prestaban servicios de socorro y ayuda para sus miembros.

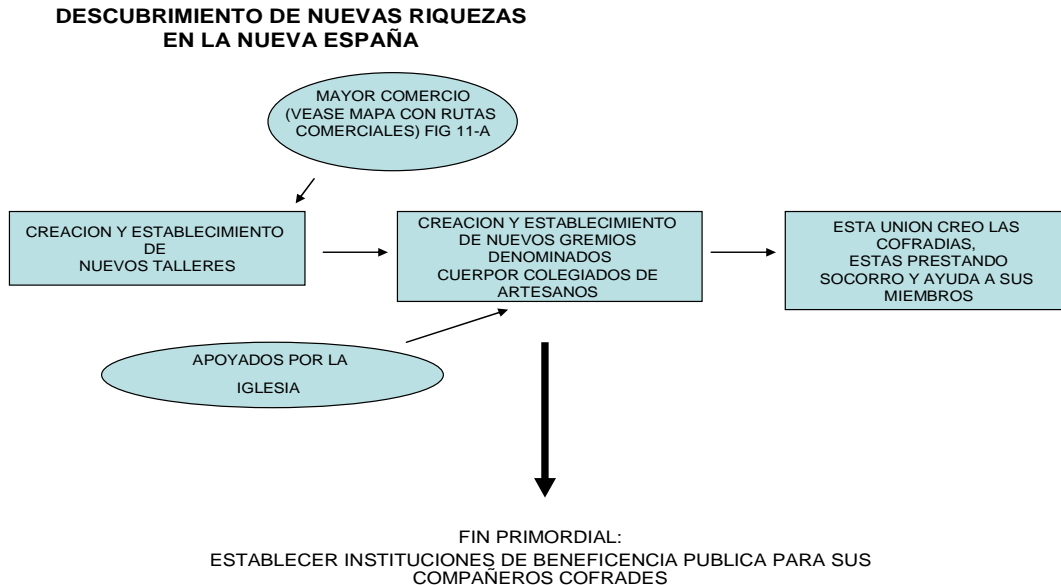
Estas Cofradías fueron constituidas bajo la sombra de la iglesia, compuestas por artesanos del mismo oficio **cuyo fin era “el establecimiento de instituciones de beneficencia pública destinadas a socorrer a los compañeros o cofrades menesterosos, ancianos, enfermos o lisiados”**. (6)

“En la Cofradías se proporcionaba asistencia social a los agremiados y a sus familias incluyendo la capacitación laboral a los hijos de los cofrades. Es aquí donde surge el antecedente de la seguridad social, ya que cada cofradía contaba con una caja de ahorros, por medio de la que se prestaba auxilio a sus miembros en caso de enfermedad, accidente, invalidez o vejez, muerte o dote, etc.” (7) (Ver figura 10’)

La historia marca un a medida importante en materia de salud para 1804, y es la aplicación de la vacuna contra la viruela, siendo este considerado como un efectivo trabajo preventivo.

Podemos decir que en la colonia la asistencia social tuvo sus orígenes en la Caridad Cristiana, independientemente de sus fines económicos, pues en un principio, ésta se proporcionó por instituciones dependientes directamente de la Iglesia Católica, este enfoque fue transformándose hasta ser considerada tal ayuda como una limosna, es decir, sólo como una ayuda temporal para tratar de solucionar las necesidades existentes, sin atacar directamente el origen del mal.

Figura 10



6. La Salud en México: Testimonios 1988, Desarrollo Institucional, GUILLERMO SOBERON, JESUS KUMATE, JOSE LAGUNA, Biblioteca de la Salud, México 1988, página 20.

7.- Idem.

C) Época de Independencia

El período de la Independencia, que comenzó en 1810 y se prolongó por varios años, se caracterizó por ser una etapa de inestabilidad política y social, pues en un principio los grupos políticos intentaron caminos diversos para solucionar los conflictos del País. Debe pensarse que aún no existía un verdadero concepto de nacionalismo que uniera a las mayorías.

Es en 1867, después de intervención extranjera cuando la República se restauró y se puso en práctica la Constitución Liberal de 1857, poco a poco la Nación empezó a crecer y a desarrollarse económica e industrialmente. En ese momento la Constitución recibió un impulso al ser creado el Colegio Real de Minas, establecido a finales del siglo XVIII con el propósito de difundir los conocimientos científicos y técnicos más avanzados en minería, y con ello comenzar la industrialización del País.

En cuanto a la Industria de la transformación, ésta empezaba apenas a desarrollarse, pues sólo funcionaban talleres y obrajes. A fines de los mil ochocientos sesentas, existían ya ferreterías, grandes fábricas de textiles, de cervezas, de sombreros, de aceites, de cigarros, de armas, de papel y de vidrio, entre otras. El nacimiento de estas industrias, trajo consigo la aparición de asociaciones de trabajadores, que tenían el objetivo entre otros de apoyar a sus agremiados.

“La estructura de la Sociedad en la segunda mitad del siglo XIX, estaba determinada por los caracteres nacionales de los habitantes y por las actividades económicas a que se dedicaban. Así la organización social se formaba con las siguientes clases:

- 1) La empresarial, formada por comerciantes, industriales, hacendados y propietarios de minas.
- 2) Las Oficialistas, constituidas por miembros del ejército y la burocracia.
- 3) La Clase Popular, constituida por los criollos, a la que pertenecía la mayor parte de la población. Dentro de esta clase se incluían a los indios, castas y mestizos, y entre ellos encontramos a los obreros, rancheros, peones y sirvientes.

Especialmente es esta clase las condiciones de salud, vivienda, alimentación y la situación laboral eran deficientes”.(8)

Durante el siglo XIX, la asistencia social se fue transformando, especialmente en su enfoque; pues la atención se diversifica y la administración cambia. Esta modificación de la asistencia social se debe al pensamiento occidental que hace tomar conciencia de los derechos del hombre.

Encontramos así que, iniciando en 1847, algunos centros de asistencia sufrieron cambios; algunos hospitales que subsistieron fueron: la casa cuna, el hospicio para pobres a la que se le adicionó un departamento de “partos ocultos” y un asilo para ancianos pobres. En esos años, el Hospital de San Pablo inició sus servicios de salud, incrementándose poco a poco. Al tiempo recibió el nombre de Hospital Juárez.

También soportaron los cambios algunos otros hospitales, como el Hospital San Hipólito, el del Divino Salvador para enfermos mentales, y el de Jesús y el de San Andrés, sobre todo a este último al que se le añadió una sala para niños en 1865, el de San Juan de Dios que atendía a mujeres con enfermedades venéreas y que después en 1875 cambió de nombre por el de Hospital Morelos.

8. Idem, Pág. 22

Surgieron algunos más como el Hospital Militar de San Lucas, que fue fundado en 1868, la Casa de Maternidad e Infancia en 1865, el Hospital Infantil, fundado por el Doctor Ramón Pacheco en 1867, el Hospital Concepción Beistegui creado en 1866 en el antiguo convento de Regina Coeli; el Hospital Oftalmológico en 1876, así como la Casa de Salud y el Asilo de Beneficencia Española fundada en 1887.

Al reorganizarse el sistema, hubo instituciones que desaparecieron como el Hospital de San Lázaro, la Escuela Patriótica, el Hospital Real de Naturales y el de Terceros.

Por lo que respecta al personal dedicado a atender a la población en cuestiones de salud, se sugirió la necesidad de una mayor y mejor capacitación de estos, y que no solo fueran empleados a sueldo; sino que se lograra una adecuada preparación científica y técnica.

De todo este panorama de acontecimientos para entender a los desvalidos y para prevenir enfermedades, se expidieron una serie de decretos y reglamentos cuyo objeto era mejorar la salud pública y la creación de instituciones oficiales; como lo fue la Dirección General de Beneficencia cuya función fue la de controlar y coordinar todo lo relacionado con la asistencia social.

“El 11 de abril de 1857 se publicó el decreto mediante el cual se estableció la ayuda gubernamental a los menesterosos, considerados como tales todos aquellos que no tuvieran suficientes ingresos para vivir”. (9)

Durante el gobierno de Juárez, se incrementó la organización de los servicios de salud, al expedir el Presidente el 2 de febrero de 1861 la Ley por la cual se haría la secularización de los Hospitales e instituciones de beneficencia que habían sido administrados por la iglesia; por consecuencia se creó la Dirección de Beneficencia Pública que estaría adscrita a la Secretaría de Gobernación, la cual determinaba que todos los bienes que dependían del fondo de beneficencia, como lo era la lotería y legados quedaran exentos de pagar contribuciones.

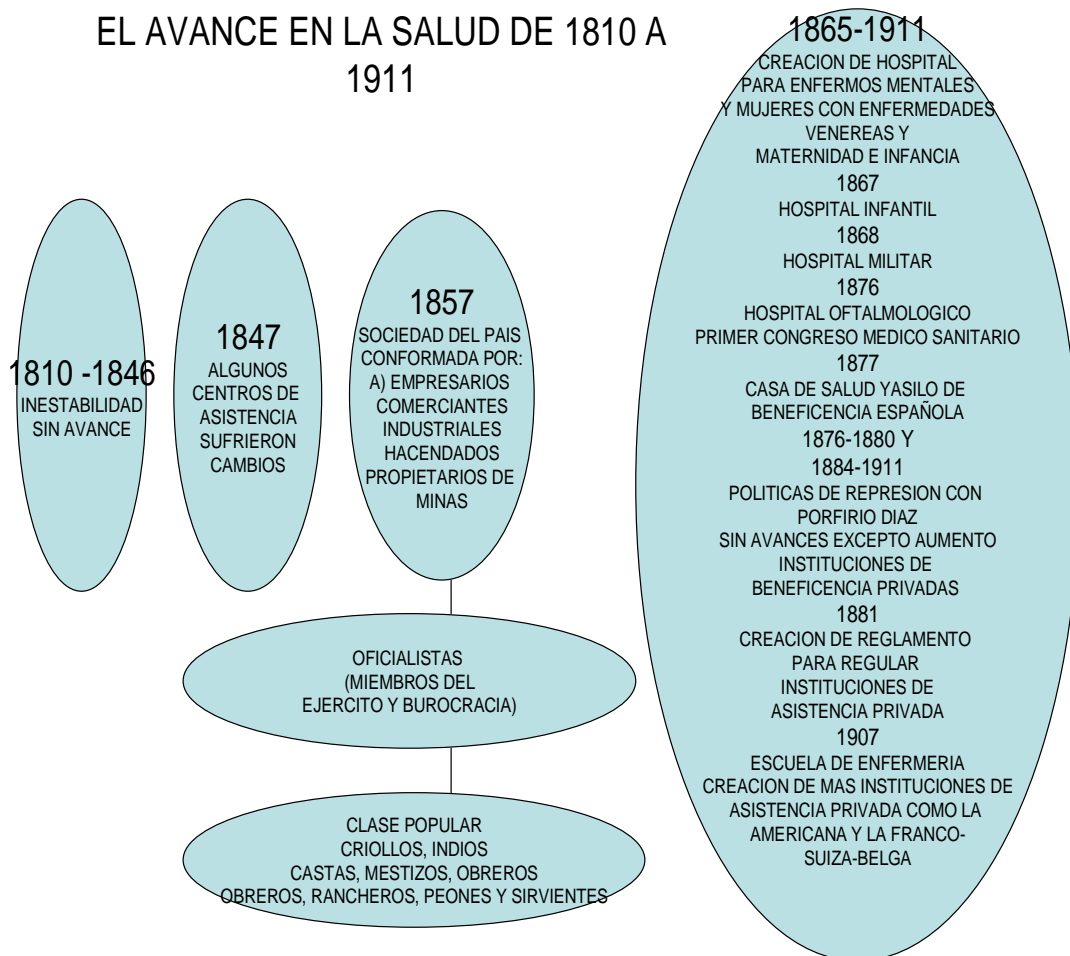
En el período de Maximiliano que abarcó de 1864 a 1867, se crearon nuevas instituciones de beneficencia, funcionando activamente El Consejo de Salubridad y el Consejo General de Beneficencia.

Entre otros acontecimientos de gran trascendencia durante el período prerrevolucionario, específicamente **en 1876 se realizó el primer Congreso Médico Sanitario**, donde se establecieron criterios comunes sobre higiene y salud; surgiendo también estos criterios en el sector privado, en especial en las asociaciones de asistencia para ayudar a los menesterosos; realizando acciones tales como colectas para recabar fondos, ayuda y apoyo a las instituciones ya existentes y tratando de hacer conciencia en la población, de la necesidad de obtener mejores servicios de salud.

En el último tercio del siglo XIX, una vez que los acontecimientos bélicos como lo fueron el Imperio, su caída y la Restauración de la República, terminaron. Con ello recomenzó el proceso de desarrollo del país; etapa que es conocida como el Porfiriato.

Porfirio Díaz que duró en el poder de 1876 a 1880 y de 1884 a 1911 pudo a través de sus políticas tanto represivas como conciliadoras, establecer la paz en el país; su régimen se caracterizó por permitir el predominio del capital extranjero en la economía nacional, así como la inversión extranjera de capital que se aplicó principalmente a la industria extractiva y de transformación. El gobierno al proporcionar incentivos a los empresarios, centró su atención en la economía del país, por lo que la clase trabajadora se vio abandonada sufriendo una serie de abusos como largas jornadas de trabajo y condiciones de salud, asistencia, y seguridad social deficientes. En este período las instituciones de beneficencia que habían sido abandonadas por la inestabilidad del país, fueron retomadas y abiertas al público nuevamente; la Dirección de Beneficencia Pública se encargó de introducir nuevos programas y técnicas avanzadas, así como mejores conocimientos científicos al personal de salud. (Ver figura 11)

Figura 11



El Secretario de Gobernación, Protasio P. Tagle, creó la Dirección General de Beneficencia, la cual se constituyó como un órgano colegiado integrado por los directores de las instituciones de asistencia pública.

Hasta 1903 este organismo mantuvo su nombre, cambiando su denominación por la Junta de Beneficencia Pública, nombre que conservó hasta 1917". (10)

En 1881, la Secretaría de Gobernación, bajo el mandato del Presidente Manuel González, expidió un reglamento que regulaba a las instituciones de beneficencia privada, garantizando el correcto funcionamiento de las mismas, y el cumplimiento de los objetivos de asistencia social.

Encontramos que durante el gobierno de Díaz, no se incrementaron las instituciones de beneficencia pública, pero si se crearon instituciones de asistencia privada como lo fueron:

- 1) Asilo de mendigos de Díaz de León de 1879.
- 2) Hospital Concepción Beistegui para menesterosos.
- 3) Casa Amiga de la Obrera, fundada por Carmen Romero Rubio de Díaz, en 1887.
- 4) Dormitorios Públicos para menesterosos.
- 5) Talleres de costura para Mujeres, Establecidas por la sociedad filantrópica mexicana.
- 6) La Conferencia de San Vicente de Paul, que se dedico a dar alimentos, ropa y medicinas a pobres y enfermos.

En 1904 se hizo la adaptación del Hospital San Andrés con la finalidad de reunir a todos los enfermos de los hospitales de San Andrés, Morelos, Maternidad e Infancia en un solo edificio, el cual finalmente se convertiría en el Hospital General. Dentro de este hospital en 1907 se fundó la primera Escuela de Enfermería.

Conjuntamente con las instituciones de asistencia privada, surgieron otras como las sociedades de la Beneficencia Española, la Americana y la Franco-Suiza-Belga.

Se crearon otros centros de asistencia como el Hospicio de niños y del Manicomio General de Castañeda.

El gobierno de Porfirio Díaz inmerso en un largo período, originó en la población un descontento que se traducía en la demanda de un cambio de régimen. Los partidos políticos de oposición sumados al malestar de la población, principalmente de las clases obrera y campesina, por los constantes abusos por parte de las autoridades y del sector extranjero, originó el movimiento social de revolución. Esta situación se acrecentó durante el periodo de 1914 y 1915, por lo que al finalizar este año Venustiano Carranza dispuso una serie de medidas para la reorganización de la asistencia pública. Era tan grave la situación del país que en 1915 las instituciones de asistencia pública cerraron por falta de presupuesto.

C) Periodo de post-revolución

La situación en la que se encontraba el país, debía ser solucionada en un corto plazo, por lo que el gobierno Constitucionalista creó el Departamento de Auxilios al Pueblo, encargado de llevar el control de la venta de productos de primera necesidad, así como el establecimiento de comedores públicos en la periferia de las ciudades. Acto seguido se reorganizó la beneficencia pública, para solucionar y atender las demandas de todos aquellos afectados por la guerra; reiniciando las labores en hospitales, hospicios y clínicas, los que fueron rehabilitados de acuerdo a sus funciones.

“La época inmediata a la revolución, conservó las estructuras Porfiristas en cuanto a instituciones públicas de Salud. El rasgo esencial fue la continuación de las acciones asistenciales a través de organismos de beneficencia pública; sin que en realidad el estado asumiera el compromiso de organizar servicios públicos de salud, que garantizaran el derecho de todo habitante a tener prestaciones de esta índole”. (11)

En cuanto a las disposiciones legislativas en materia sanitaria, no hubo grandes avances, no se garantizó explícitamente el derecho a la salud y sólo se orientó la regulación a ciertos aspectos de salubridad general, como el control de epidemias, disposiciones sanitarias para lugares públicos, etc. En realidad, no hubo creación de organismos públicos autónomos que se ocuparan de los problemas sanitario-asistenciales.

No es sino casi 20 años después de la revolución, cuando el gobierno empieza a concretar su intervención. El Plan Sexenal del Gobierno Mexicano de 1934-1940 formado por el Partido Nacional Revolucionario, para la administración del General Lázaro Cárdenas, estableció algunas bases respecto a la Salud Pública.

“El ideario del plan puede concretarse al señalar que su objetivo de labor de sanidad consistía en “implantar los servicios públicos fundamentales, para ir dirigidos hacia canales que previnieran epidemias, y mortalidad infantil. (12)

El segundo Plan Sexenal de 1941-1946, periodo presidencial que correspondió a Manuel Ávila Camacho formulado por el partido de la Revolución Mexicano, fue en realidad ambicioso en sus metas relativas a la salud pública. **Declaraba que aumentaría la fuerza de trabajo disponible, mediante el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la colectividad, buscaría también un clima de confianza hacia el País en el exterior**, por lo cual extremaría las medidas sanitarias adecuadas para favorecer las corrientes de turismo y el comercio internacional de mercancías.

Para lograr todos estos objetivos, se planearon 13 estrategias dirigidas a:

1. abasto de agua potable,
2. control sanitario de puertos,
3. programas habitacionales,
4. vacunación antidiftérica,
5. creación de leprosarios,
6. impulso a la campaña del paludismo,
7. impulso a la educación higiénica,
8. creación de brigadas sanitarias, y
9. sobre todo el estudio de las posibilidades de integrar el Departamento de Salubridad con la Secretaria de Asistencia Social.

11. La Salud Desigual en México, DANIEL ACUÑA, Editorial Siglo XXI, México 1987, página 214

12. Idem. Pág. 215

A pesar de los esfuerzos realizados por el Gobierno en la aplicación de este plan, es necesario decir, que el mismo careció de operatividad, sin embargo sus estrategias y programas, han seguido vigentes en casi todos los planes y programas generales en el área de salud.

Don Emilio Portes Gil, creó la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, cuyo propósito era el de ampliar los programas de alimentación y atención en los casos de orfandad, abandono y mendicidad. **En 1943, año importante para la salud, se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social, y en este mismo año se fusionó la Secretaría de asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública.**

Durante el sexenio de Miguel Alemán Valdez, de 1946-1952, no se elaboró ningún plan formal de programación, reflejando sus consecuencias en materia de salud. “La tendencia a racionalizar las inversiones en desarrollo social, y concentrarlas en el sector más productivo se acentuaron; el rezago de las políticas de bienestar social se agudizó; y el crecimiento de la seguridad social se produjo a ritmo lento y el estado fomentó el subsidio indirecto del capital privado”. (13)

De 1952 a 1958, durante el periodo presidencia del Don Adolfo Ruiz Cortines, surge el Programa Nacional de Inversiones, elaborado por la Comisión de Inversiones y Dependencias del Ejecutivo Federal, pero en éste se relegaron notablemente las inversiones en materia de desarrollo social; por su parte la falta de políticas globales del Gobierno Federal, mostraron la insuficiencia de planificación sanitaria por parte de las instituciones públicas de salud.

En esta misma época se celebró el Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia, así como la marcha en servicios del Hospital de la Raza, actual I.M.S.S., la construcción del centro Médico Nacional (I.M.S.S.) y la creación de la Casa del Asegurado (I.M.S.S.).

Otro ejemplo fue la creación de guarderías para hijos de madres trabajadoras y consistían en que además de que en estas instituciones se recibieran a los pequeños, también funcionaran como escuelas elementales, logrando así un avance en materia de salud y educación de la población. Este sueño nació desde 1887, cuando Carmen Romero Rubio, esposa de Porfirio Díaz inauguró la primera Casa Amiga de la Obrera, y solo hasta los cincuenta del siglo pasado se conformó totalmente, logrando sus objetivos.

De 1958 a 1964, la administración de Adolfo López Mateos, dotó a las colonias populares de servicios públicos, como agua potable, mercados, alumbrado público y urbanización.

Se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, que tuvo sus orígenes en la Dirección de Pensiones Civiles y de Retiro en el año de 1960, su principal fin fue el de proporcionar bienestar social a los empleados del sector público.

Un año después en 1961, se creó el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (I.N.P.I.), que proporcionaba servicios asistenciales, y proveía de desayunos.

En 1977 al fusionarse el Instituto el Instituto Mexicano de Asistencia a la niñez con el I.N.P.I., se creó el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de Familia.

De 1962 a 1964, periodo que corresponde a la administración de Adolfo López Mateos, se adoptó el Plan de Acción Inmediata, que perseguía destinar el 23.4% de la inversión pública en beneficio de los programas de bienestar social, esto debido a que durante los últimos 15 años no habían sido satisfechas las demandas de la población en materia de salud, además de que esta situación se vio incrementada por la explosión demográfica y el estancamiento económico del país, los cuales determinaron la elevación del gasto en beneficio social; Durante este mismo período empezó en forma más amplia a operar el I.S.S.S.T.E.

De 1966 a 1970 **durante el sexenio de Gustavo Díaz Ordaz** rigió el Plan Nacional de Desarrollo Económico Social. Este Plan incluía 4 objetivos referentes a las políticas de salud y seguridad social:

- 1) incrementar la eficiencia de los servicios médicos en operación mediante su coordinación,
- 2) intensificar los Programas de control y erradicación de padecimientos frecuentes,
- 3) ampliar los servicios de saneamiento básico,
- 4) incorporar a la seguridad social en aumento, la fuerza de trabajo urbana, e intentar extender los beneficios de aquélla a la población campesina.

De los años de 1964 a 1970, se destinó en promedio un 38% de la inversión pública federal al renglón de hospitales y centros de asistencia.

A partir de los años setenta, se generó en México otra etapa del desarrollo social, iniciando con un reconocimiento más conciente, por parte del Estado, de las grandes carencias en materia de salud; alimentación, seguridad social, vivienda y educación.

Es durante el gobierno de Luís Echeverría Álvarez que abarcó de 1970 a 1976, cuando se emitieron una serie de planes y programas que pretendían dar un impulso a las políticas de bienestar social del Estado Mexicano. Sin embargo muchas de éstas se quedaron sólo a nivel declarativo, otras llegaron a concretarse. Ejemplo de ello lo es el Plan Nacional de Salud, que integró políticas y programas de todas las Instituciones Públicas de Salud del País, y formuló metas para 1976 y para 1983.

En 1970 se establecieron los Centros de Integración Juvenil de gran interés social y colectivo, ya que estos se dedicaron a realizar investigaciones, de prevención y tratamiento en el área de Salud Mental así como a la rehabilitación de fármaco dependientes.

El Plan Nacional de Salud, abarcó dos periodos de 1974 a 1976, y de 1977 a 1983. Encontramos en ambos, que se establecieron metas muy generales, sin ser evaluadas seriamente.

El Plan estuvo compuesto por 20 programas y 56 subprogramas, que a pesar de que tuvo fallas, sus aciertos son interesantes de mencionar entre los que se encuentran:

“la proposición de buscar una red federal de hospitales, de intentar ampliar la atención a la salud que prestase en las áreas rurales a través de casas de salud, de crear médicos comunitarios, de buscar el adiestramiento de personal paramédico de las propias comunidades, el de implementar un Plan Nacional de Alimentos, así como un Fondo

Nacional de Alimentos y un Programa Nacional de Tratamiento de Aguas, entre otras metas más”. (14)

Como anotamos anteriormente, si bien sus objetivos, muchos de ellos eran de posible cumplimiento, debemos señalar que al final el Plan fue abandonado.

Durante el sexenio de José López Portillo, de 1976 a 1982, no se tomó ninguna posición abierta y explícita durante casi un año; y no es hasta el mes de noviembre de 1977 cuando el Subsecretario de Planeación de Secretaría de Salubridad y Asistencia, declaró que “era utópico e imposible de llevar a la práctica tal plan por falta de recursos económicos, porque no se habían elevado sus objetivos y por lo irreal de sus metas”. (15)

Los Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública, se instituyeron en 1978, y gracias a ellos se incrementaron los recursos financieros destinados a las acciones de asistencia; propósito que desde 1920 la Lotería Nacional desarrollaba.

Por otro lado, en esa época se crea el instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores y el Fondo Nacional de Compra para los Trabajadores; el primero que se dedicó a la promoción de la vivienda popular; y el segundo que proporcionó crédito con tasas preferenciales de intereses a trabajadores de bajo ingreso.

En 1979 se fundó el Instituto Nacional de la Senectud, para atender a la población mayor de 60 años, a través de la asistencia económica, proporcionándoles tarjetas de descuento INSEN, creando bolsas de trabajo, cursos y asesoría jurídica, médica y educativa sobre la senectud.

En ese entonces el Departamento del Distrito Federal, por su lado estableció Programas de Asistencia como:

Centros de Protección Social,
Albergues Temporales de carácter preventivo y hospitalario,
Asesoría Jurídica.

En 1980 se elaboró el Marco Sectorial de Salud y en 1981 la Dirección de Asistencia Social de la Coordinación de Salud.

En la administración del Lic. Miguel De la Madrid, (1982-1988) se reformó la Constitución Política Mexicana en su artículo 4, constatando un avance jurídico de gran trascendencia en materia de salud, esta reforma se realizó mediante decreto por el que se adicionó el párrafo penúltimo del Artículo 4 de la Constitución, que a la letra señaló:

“La Comisión Permanente del Honorable Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, en uso de su facultad que le confiere el Artículo 125 de la Constitución General de la República y previa la aprobación de la mayoría de las Honorables Legislaturas de los Estados, declara adicionado el artículo 4 de Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

(3 de febrero de 1983):

14. Idem. Pág. 221

15. Idem. Pág. 222

ARTICULO UNICO.- Se adiciona el Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con un párrafo penúltimo, que a la letra dice:

“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 dispones la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución”. (16)

Tal reforma de fecha 3 de febrero de 1983 incorporo los siguientes aspectos:

- 1.- Define las bases y modalidades del acceso a los servicios de salud.
- 2.- Establece la separación de competencias entre la Federación y los Estados, toda vez que el derecho a la protección de la salud es de carácter concurrente.
- 3.- Define los rubros específicos de la Salubridad General.

Esta reforma fue adicionada con otra promulgación de fecha 7 de febrero de 1983, en la que se incorporo o adiciono el artículo referido constitucional e incorporo el derecho de toda familia a:

“Disfrutar de vivienda digna y decorosa”.

Es necesario mencionar también, algunos otros documentos, como lo son Decretos que han contribuido a la renovación del aparato jurídico de la salud, entre los cuales encontramos:

Decreto Presidencial Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1982 que otorga al Desarrollo Integral de Familia nuevas atribuciones.

Reformar a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal el 28 de diciembre de 1982, publicada en el Diario Oficial, y que en su artículo 37 traslada a la Subsecretaría del Mejoramiento del Ambiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología.

Importante lo es también la exacta y precisa definición del Sector Salud, que corresponde a la Secretaría de Salud y que consiste en la coordinación de los servicios de Salud de las instituciones del Gobierno Federal, así como programas y funciones de las Instituciones de Seguridad Social.

Se reformó en 1982, el Código Sanitario, la Ley del I.M.S.S. (entre otras reformas) y la Ley del I.S.S.S.T.E. Por otra parte el 30 de diciembre de 1982, mediante Decreto Presidencial se reformó el Reglamento Interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para restablecer la Subsecretaría de Planeación, con el propósito de consolidar el Sistema Nacional de Salud y coordinar la acción Intersectorial.

En la administración del Lic. Carlos Salinas de Gortari de 1988 a 1994 se adiciona un nuevo párrafo primero al artículo 4 Constitucional, recorriéndose en su orden los anteriores primero a quinto para pasar a ser los párrafos segundo a sexto.

16.- Reforma Constitucional y Legal 1982-1987. Reflexiones y Apuntes Bibliográficos, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México 1987, página 56.

La esencia de este párrafo señala “el reconocimiento de la composición pluricultural de la Nación Mexicana, sustentada en sus pueblos indígenas”.

“Se establece también la protección y promoción de sus lenguas, culturas, usos, costumbres, recursos y formas de organización social, así como también se tomaran en cuenta prácticas y costumbres jurídicas en los juicios y procedimientos agrarios”.

“El Plan Nacional de Desarrollo” dentro del presupuesto de Egresos de la Federación de ese sexenio contemplo para el área de salud un porcentaje reducido, como se ha dado en diversas administraciones federales. La razón; una mala distribución derivado de un concepto erróneo sobre la solución al problema de salud. .

En este periodo presidencial, estando a la cabeza del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) el Lic. Genaro Borrego Estrada señala que la situación económica del Instituto esta al borde del colapso económico.

Para ese momento corre el rumor sobre la privatización del IMSS, circunstancia que no se dio.

En ese momento señaló que los ingresos que recibe el instituto por lo que hace a los rubros de enfermedades y maternidad estaban siendo canalizados al pago del régimen de jubilaciones y pensiones, lo que ha puesto al instituto en un estado de déficit financiero.

Esta situación económica impactó en el siguiente periodo presidencial y obligó a una reforma de fondo sobre la ley del Seguro Social, por lo que el nuevo proyecto de ley, trajo diferentes perspectivas, tales como fomentar la prevención de enfermedades, disminución del uso de los servicios por los derechohabientes, etc.

En la administración del Lic. Ernesto Zedillo Ponce de León, de 1994 al 2000, nuevamente se adiciona un párrafo quinto al citado artículo 4 constitucional, y se recorren en su orden los anteriores párrafos quinto y sexto para pasar a ser sexto y séptimo respectivamente.

Surge una nueva ley del Seguro Social, publicada el 21 de diciembre de 1995, entrando en vigor el 1º de enero de 1997, y derogando la Ley del Seguro Social de 12 de marzo de 1973.

La vigencia de la ley corrió de la mano con los Sistemas de Ahorro para el Retiro que surgieron con el decreto de fecha 23 de mayo de 1996; denominados “AFORES”, figura creada para dar facilidades a distintas empresas privadas y, en las que se incluía al mismo Instituto, a efecto de que estas llevaran la administración de las aportaciones para su retiro, que hicieran los trabajadores afiliados al IMSS y cotizaran también al INFONAVIT.

En este periodo presidencial, también estando a la cabeza del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) el Lic. Genaro Borrego Estrada señala que la situación económica del Instituto sigue estando al borde del colapso.

Antes de 1997, los rubros mas impactados y de los cuales desviaron los fondos necesarios para cubrir otros fueron:

Régimen de Maternidad
 Régimen de Invalidez
 Régimen de vejez
 Régimen de Cesantía
 Régimen de Muerte

Tales fondos cubrieron los que generaba el apartado de jubilaciones y pensiones.

Queriendo sanear la economía del Instituto, y al entrar en vigor la nueva Ley del Seguro Social en 1997; diversos aspectos cambian, entre ellos los regímenes, y quedan planteados así:

Régimen de Invalidez
 Régimen de vejez
 Régimen de Cesantía

Por lo que hace al régimen sobre muerte aun subsiste pero bajo otra regulación.

Como se menciona en líneas anteriores, surgió la figura de la "AFORE" como una forma de ahorro mas en protección de los trabajadores que cotizaban al IMSS.

Pero regresando a las reformas al artículo 4º de este periodo presidencial, en las que se adiciona un nuevo párrafo quinto al citado artículo 4 constitucional, y se recorren en su orden los anteriores párrafos quinto y sexto para pasar a ser los párrafos sexto y séptimo, podemos decir que:

La esencia de tal cambio versa sobre lo siguiente:

(28 de julio de 1999):

"Se establece el derecho a toda persona a un medio ambiental adecuado para su desarrollo y bienestar".

Para el 7 de abril del año 2000 se reforma el párrafo séptimo y se adicionan los párrafos octavo y noveno. (Cabe señalar que hubo una publicación de fe de erratas el 7 de abril del 2000, publicada el 12 del mismo mes).

La parte medular de esta reforma y adición fue que:

"Se eleva a rango constitucional el derecho de niños y niñas a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento.

El deber de preservar esos derechos que se señalaban únicamente a los padres, se extiende a los ascendientes, tutores y custodios.

En concordancia con lo anterior, se especifica que será el Estado quien provea lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos, adicionalmente otorgara facilidades a los particulares para el cumplimiento de los derechos citados".

No obstante "El Plan Nacional de Desarrollo" de ese sexenio contemplo para el área de salud un porcentaje igualmente limitado. La Presidencia de la Republica estuvo especialmente limitada, dadas las circunstancias económicas del país.

En la administración del Lic. Vicente Fox Quesada, dentro de su periodo presidencial 2000-2006, se dan dos cosas más de suma importancia.

La primera de ellas, el 14 de agosto del 2001, fecha en la que se deroga el párrafo primero del artículo 4 constitucional.

El párrafo derogado fue trasladado en lo esencial a los nuevos textos de los artículos 1º y 2º de la Constitución Política de México, según lo señala la iniciativa del decreto de reforma de esta fecha.

La segunda, la reforma a la Ley General de Salud, el día 15 de mayo del 2003, reforma que contempla una inserción que permite que surja el “Sistema de Protección Social en la Salud” conocido coloquialmente como “El Seguro Popular”, tema que abordaremos en capítulos posteriores.

En este sexenio, la Presidencia de la Republica impulsa un fuerte “Plan Nacional de Desarrollo” en especial en las áreas de educación y salud, unidas a las comunidades indígenas. Uno de esos apoyos es la creación del “Seguro Popular del que hablaremos en capítulos posteriores.

Nos situamos en el segundo semestre del año 2006, momento de cambio de Titular de Poder Ejecutivo Federal. Los contendientes de ese momento a la Presidencia de la República Mexicana, ANDRES MANUEL LOPEZ OBRADOR Y FELIPE CALDERON HINOJOSA mostraron sus proyectos de administración, en los que figura el tema de la salud para toda la población, sin entender nuevamente el problema de origen para su solución.

Mi apreciación al respecto es que si colocáramos en un cuadro comparativo las acciones diversas que cada administración federal ha hecho, seguramente concluiríamos que las acciones en materia de salud, muy distante de que se basen en un presupuesto limitado o mal armado, tienen como cimiento el desconocimiento de la realidad del país.

En otras palabras, las acciones tomadas al paso de la historia en nuestro país al respecto, se ven mas como acciones extremas, sin solidez, sin visión clara, sin objetivos precisos y solo como paliativos hacia la sociedad, incluyendo el último concepto del “SEGURO POPULAR”.

Pero hablar sin bases se traduce en una opinión sin valor; debemos conocer más a fondo el tema para generar en nosotros un criterio más amplio.

Por ello me propongo adjuntar al final de este capitulo un cuadro comparativo de las acciones mas importantes que desde 1946 a la fecha han realizado los diferentes titulares del Poder Ejecutivo Federal. (Ver figura/cuadro12)

Figura/cuadro 12 Cuadros comparativos de las diversas acciones gubernamentales federales llevadas a cabo de 1934 a 2006

CUADROS COMPARATIVOS DE LAS DIVERSAS ACCIONES GUBERNAMENTALES FEDERALES LLEVADAS A CABO DE 1934 A 2006

INTERVENCION DEL GOBIERNO FEDERAL EN MATERIA DE SALUD 1934-2006

NOTA: DE 1911 A 1933 NO HUBO AVANCES EN ESTE ASPECTO

PRESIDENTES

<p>1934-1940 LAZARO CARDENAS</p> <p>ESTABLECIO ALGUNAS BASES RESPECTO A LA SALUD PUBLICA. SU LABOR DE SANIDAD FUE: IMPLANTAR LOS SERVICIOS PUBLICOS FUNDAMENTALES DIRIGIDOS A LA PREVENCION DE EPIDEMIAS Y MORTALIDAD INFANTIL</p>	<p>1940-1946 MANUEL AVILA CAMACHO</p> <p>AMBICIOSO EN SUS METAS RELATIVAS A LA SALUD PUBLICA SU IDEA: AUMENTAR LA FUERZA DE TRABAJO DISPONIBLE MEDIANTE EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES SANITARIAS</p> <p>SE CREO LA ASOCIACION NACIONAL DE PROTECCION A LA INFANCIA 1943 SE CREO EL IMSS</p>	<p>1946-1952 MIGUEL ALEMAN VALDÉS</p> <p>NO EXISTIO PLAN FORMAL DE PROGRAMACION, EN PARTICULAR RELACIONADO CON LA SALUD</p> <p>EL CRECIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL SE DIO DE MANERA MUY LENTA</p>	<p>1952-1958 ADOLFO RUIZ CORTINES</p> <p>SURGIO EL PLAN NACIONAL DE INVERSIONES. EN ESTE PLAN QUEDARON RELEGADAS LAS INVERSIONES EN MATERIA DE DESARROLLO SOCIAL</p> <p>SE DIO UNA INSUFICIENCIA DE PLANIFICACION SANITARIA POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES PUBLICAS DE SALUD</p> <p>POR OTRO LADO SE CELEBRO EL PRIMER CONGRESO NACIONAL DE PROTECCION A LA INFANCIA</p>	<p>SE HABILITO EL HOSPITAL LA RAZA Y EL CENTRO MEDICO NACIONAL Y LA CASA DEL ASEGURADO DEL IMSS</p> <p>SE CREARON GUARDERIAS PARA HIJOS DE MADRES TRABAJADORAS, FUNCIONANDO COMO ESCUELAS ELEMENTALES</p>
--	--	---	--	---

INTERVENCION DEL GOBIERNO FEDERAL EN MATERIA DE SALUD 1934-2006

NOTA: DE 1911 A 1933 NO HUBO AVANCES EN ESTE ASPECTO

PRESIDENTES

<p>1958-1964 ADOLFO LOPEZ MATEOS</p> <p>DOTO A LAS COLONIAS POPULARES DE SERVICIOS PUBLICOS Y CON ELLO TRATO DE MEJORAR EL SERVICIO DE SALUD</p> <p>EN 1960 CREO EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)</p> <p>1961 CREO EL INSTITUTO NACIONAL DE PROTECCION A LA INFANCIA (INPI)</p> <p>DE 1962 A 1964 SE ADOPTO PLAN DE ACCIÓN INMEDIATA</p>	<p>DESTINANDO EL 23.4% DE LA INVERSION PUBLICA EN BENEFICIO DE LOS PROGRAMAS DE BIENESTAR SOCIAL</p>	<p>1964-1970 GUSTAVO DIAZ ORDAZ</p> <p>RIGIO EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO SOCIAL CON 4 OBJETIVOS CLAROS EN MATERIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL</p> <p>DE LOS AÑOS 1965 A 1970 SE DESTINO UN PROMEDIO DE 38% DE LA INVERSION PUBLICA FEDERAL AL RENGLON DE HOSPITALES Y CENTROS DE ASISTENCIA</p>	<p>1970-1976 LUIS ECHEVERRIA ALVAREZ</p> <p>SE EMITIERON PLANES Y PROGRAMAS DE APOYO AL BIENESTAR SOCIAL SIN TENER GRANDES RESULTADOS</p> <p>UN EJEMPLO FUE EL PLAN NACIONAL DE SALUD.</p> <p>SE ESTABLECIERON LOS CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL, DEDICADOS A INVESTIGACION EN PREVENCION, TRATAMIENTO Y REHABILITACION DE LA SALUD MENTAL</p> <p>EL PLAN SE COMPONIA</p>	<p>DE 20 PROGRAMAS Y 58 SUBPROGRAMAS</p> <p>DESTACARON LA RED FEDERAL DE HOSPITALES, LAS CASAS DE SALUD EN AREAS RURALES, LOS MEDICOS COMUNIARIOS, ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL PARAMEDICO DE LAS MISMAS COMUNIDADES, EL PLAN NACIONAL DE ALIMENTOS, EL FONDO NACIONAL DE ALIMENTOS Y EL PROGRAMA NACIONAL DE TRATAMIENTO DE AGUAS</p> <p>AL FINAL FUE UN PLAN ABANDONADO EN MUCHAS DE SUS AREAS</p>
--	--	--	--	--

**INTERVENCION DEL GOBIERNO FEDERAL EN MATERIA DE SALUD
1934-2006**

NOTA: DE 1911 A 1933 NO HUBO AVANCES EN ESTE ASPECTO

PRESIDENTES

<p>1976-1982 JOSE LOPEZ PORTILLO</p> <p>DECLARO QUE EL PLAN DE DESARROLLO IMPLEMENTADO POR EL PRESIDENTE ANTERIOR ERA DE IMPOSIBLE REALIZACION</p> <p>EN 1978 CREO LOS PRONOSTICOS DEPORTIVOS PARA QUE FUERAN UNA FUENTE DE INGRESOS DESTINADOS A ACCIONES DE ASISTENCIA, PROPOSITO QUE DESARROLLABA LA LOTERIA NACIONAL DESDE 1920</p> <p>CREA EL INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA</p>	<p>LOS TRABAJADORES DEL ESTADO</p> <p>CREA EL FONDO NACIONAL DE COMPRA PARA LOS TRABAJADORES</p> <p>EN 1979 CREO EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD (INSEN), OTORGANDO CON ESTO, ENTRE OTRAS COSAS ASESORIA MEDICA</p> <p>PARALELAMENTE EL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL ESTABLECIO PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL, COMO ALBERGUES TEMPORALES, CENTRO DE PROTECCION SOCIAL, ETC.</p>	<p>1982-1988 MIGUEL DE LA MADRID HURTADO</p> <p>SE REFORMA LA CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS EN SU ARTICULO 4,</p> <p>Y ELEVA AL RANGO DE GARANTIA CONSTITUCIONAL EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD</p> <p>SE REFORMAN EL CÓDIGO SANITARIO, LA LEY DEL IMSS Y LA LEY DEL ISSSTE, ASI COMO EL REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA</p>	<p>1988-1994 CARLOS SALINAS DE GORTARI</p> <p>SE ADICIONA UN PÁRRAFO AL ARTICULO 4 DE LA CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS SOBRE EL RECONOCIMIENTO DE LA COMPOSICION PLURICULTURAL DE LA NACION MEXICANA (RETOMANDO EN ESTE PÁRRAFO ASPECTOS QUE YA CONTEMPLABA LA MISMA CONSTITUCION AÑOS ATRÁS)</p> <p>EL IMSS ESTA AL BORDE DEL COLAPSO ECONOMICO SE PRESUME UNA PRIVATIZACION DEL MISMO SIN EXITO</p>	<p>1994-2000 ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEON</p> <p>SE ADICIONA UN PÁRRAFO AL ARTICULO 4 DE LA CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS SOBRE EL DERECHO DE LOS NIÑOS A VARIAS SATISFACCIONES DE SUS NECESIDADES SURGE UNA NUEVA LEY DEL IMSS 1995-97, Y LOS REGIMENES QUE CUBRIA QUEDAN REORDENADOS DE MANERA ESENCIALMENTE DIRIGIDA A LA PROTECCION Y SEGURIDAD DE LOS FONDOS PARA EL RETIRO DE LOS TRABAJADORES</p>
---	--	--	---	---

**INTERVENCION DEL GOBIERNO FEDERAL EN MATERIA DE SALUD
1934-2006**

NOTA: DE 1911 A 1933 NO HUBO AVANCES EN ESTE ASPECTO

PRESIDENTES

<p>2000-2006 VICENTE FOX QUESADA</p> <p>SE DEROGA EL PRIMER PÁRRAFO DEL ARTICULO 4 DE LA CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, POR LO QUE HACE AL RECONOCIMIENTO DE LA COMPOSICION PLURICULTURAL DE LA NACION MEXICANA (REUBICANDO ESTOS TÉRMINOS EN LOS ARTICULOS 1 Y 2 DE LA MISMA CONSTITUCION EN UNA FORMA PARCIAL)</p> <p>EN 2003 SE REFORMA LA LEY GENERAL DE SALUD PARA DAR PASO AL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL</p>	<p>COLOQUIALMENTE PROMOCIONADO Y CONOCIDO AL TIEMPO COMO EL SEGURO POPULAR</p> <p>EL SISTEMA DEL SEGURO POPULAR SE APLICA DE FORMA PAULATINA Y SU CRECIMIENTO ES LENTO.</p> <p>NO OBSTANTE, ESTE SISTEMA TAMPOCO ESTA DIRIGIDO A TODOS LOS SECTORES DE LA SOCIEDAD MEXICANA, LO QUE PODEMOS ENCONTRAR EN LA INICIATIVA DE REFORMA DE LA LEY MENCIONADA, EN LAS REFORMAS REALIZADAS Y EN LOS DIVERSOS DEBATES REALIZADOS EN EL AÑO DE</p>	<p>2005 POR LA H CAMARA DE DIPUTADOS SOBRE ESTE SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL.</p> <p>LA IMPLEMENTACION DE TAL SISTEMA DEJA FUERA EN SU ANALISIS ASPECTOS VITALES COMO: LA COMPOSICION PLURICULTURAL Y ETNICA DEL PAIS LA GEOGRAFIA DEL MISMO EL INTERÉS DE LOS GRUPOS ETNICOS POR ESTE TIPO DE SISTEMA DE SALUD Y</p> <p>LA IMPOSIBILIDAD DE COMUNICACIÓN CON LOS GRUPOS ETNICOS DEL PAIS ENTRE OTRAS COSAS</p>	<p>2006-2012 FELIPE CALDERON HINOJOSA</p> <p>DECIDE APOYAR LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD EN MEXICO, Y PROPONE COMO UNO DE LOS PRIMEROS EL APOYO A LAS MADRES JOVENES SOLTERAS Y A LOS RECIENTE NACIDOS.</p> <p>DEBEREMOS ESPERAR COMO VISLUMBRA EL APOYO PARA PRESTAR EL SERVICIO DE SALUD A LA SOCIEDAD MEXICANA, LOS CAMBIOS QUE DECIDA APLICAR Y LOS EFECTOS QUE LOS MISMOS TENDRAN</p>	
--	--	---	--	--

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- La Salud en México: Testimonios 1988, Desarrollo Institucional Asistencial Social, GUILLERMO SOBERON, JESUS KUMATE, JOSE LAGUNA, Biblioteca de la Salud, tomo IV, México 1988, página 15.
- 2.- La Salud en México: Testimonios 1988, Desarrollo Institucional Asistencial Social, GUILLERMO SOBERON, JESUS KUMATE, JOSE LAGUNA, Biblioteca de la Salud, tomo III, México 1988, página 16.
- 3.- El Derecho Social y la Seguridad Social Integra; FRANCISCO GONZALES DIAZ LOMBARDO; Textos Universitarios, México 1978, página 391.
- 4.- IDEM
- 5.- IDEM
- 6.- La Salud en México: Testimonios 1988, Desarrollo Institucional, GUILLERMO SOBERON, JESUS KUMATE, JOSE LAGUNA, Biblioteca de la Salud, México 1988, página 20.
- 7.- IDEM
- 8.- IDEM página 22.
- 9.- IDEM página 20.
- 10.- IDEM página 26.
- 11.- La Salud Desigual en México, DANIEL ACUÑA, Editorial Siglo XXI, México 1987, página 214.
- 12.- IDEM página 215.
- 13.- IDEM página 217.
- 14.- IDEM página 221.
- 15.- IDEM página 222.
- 16.- Reforma Constitucional y Legal 1982-1987, Reflexiones y Apuntes Bibliográficos, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México 1987, página 56.

CAPITULO II

LA GARANTIA CONSTITUCIONAL, SU CONCEPTO Y SUS MODALIDADES

CAPITULO II LA GARANTIA CONSTITUCIONAL, SU CONCEPTO Y SUS MODALIDADES

A) Las Garantías Individuales como auténticos Derechos de los gobernados.

Introducción

Antes de iniciar el estudio de este segundo Capítulo, es necesario realizar algunos comentarios del hombre y las relaciones sociales que conforman su vida.

Como todos sabemos, diversos autores, tanto estudiosos del derecho, como filósofos y sociólogos, al referirse al hombre, han coincidido en señalar que por lo que hace a su posición como ser humano y frente a la sociedad, existe en él un doble carácter, por un lado es un ser individual con características y particularidades propias que lo hacen distinto y superior de cualquier criatura que exista sobre la tierra.

Por otro, un segundo carácter que podríamos denominar su “perfil social”; entendiéndolo con ello la capacidad del ser humano de establecer comunicación con sus semejantes y obtener relaciones de intercambio ya sea carácter científico, jurídico, político, educativo, etc.

Para el primero de los casos, podemos referirnos sin temor a equivocarnos que la atribución del hombre como individuo “especial” más importante es: su capacidad de discernimiento y voluntad, que en otras palabras es conocido como “libre Albedrío”.

Esta distinción ha sido debidamente estudiada a través del tiempo, clasificando al hombre un “Zoon Politicon”, de tal suerte que podríamos dar la siguiente definición para entenderlo:

“el hombre es un ser que vive y se desarrolla dentro de una comunidad o sociedad, creando dentro de estas múltiples situaciones generalmente de beneficio propio y colectivo para su subsistencia.”

Por supuesto no debemos olvidar que también por su capacidad de raciocinio genera situaciones de conflicto ya sea colectivo o personales.

Esa serie de situaciones generadas por el hombre se da en ese marco donde el hombre posee una serie de derechos o prerrogativas que ejercita frente a los demás y que en muchas ocasiones pareciera que los mismos invaden la esfera de existencia de otros, llegando incluso a lesionar a terceros con ello.

De este modo es por demás obvio que para que sea dable y posible el desarrollo social o la vida comunitaria, es menester que la actividad de cada quien se encuentre limitada en tal forma, que su ejercicio no ocasione desorden social de ninguna índole o daño cualquiera a otro miembro de la comunidad.

“Esas limitaciones en cuanto al actuar de los miembros de la comunidad y en relación directa con la sociedad ha obligado al hombre a crear reglas o normas que traen aparejada exigencias u obligaciones, mas la imposición de las mismas, y con ello dar nacimiento al “derecho”. (1)

Para distinguir entre los derechos individuales y el conjunto de normas denominadas “derecho”, valdría la pena considerar a los primeros como un conjunto de prerrogativas públicas subjetivas y a las segundas como hasta la fecha son conocidas. No obstante, a través de la historia, han sido consideradas las primeras como garantías y las segundas como el marco jurídico en las que estas se dan denominado como “derecho”.

Todas estas disposiciones de seguridad o limitativas del actuar del hombre “derechos públicos subjetivos” de las que hablamos, deben -- para su mayor entendimiento-- quedar plasmadas en un documento que muestre finalmente la voluntad de la sociedad de la cual nacen las mismas.

La comunidad se ve obligada a conformar o crear la figura de quien o quienes harán valer tales disposiciones para beneficio de la misma. Con tal motivo surge la figura de **“la autoridad”**.

Entendemos que tales personas o grupos o incluso llamados en la historia como órganos reciben el nombre de Autoridades, logrando, conceptualmente hablando, la actuación que implica “un conjunto de facultades y actos, tendientes a “Garantizar” el orden de Derecho, mediante su idónea aplicación, contra posibles contravenciones por parte de los individuos de la comunidad, asegurando así el orden social”. (2)

Este conjunto de facultades son “el poder” en si y emana de la Soberanía con la que cuenta un individuo o un grupo determinado.

Por otro lado, estudiando las diversas teorías de poder, podemos entender las diversas formas de ejercer este. Empecemos por aceptar la palabra poder como una acepción a la de Gobierno: En nuestro país, por su lado, han existido diversas formas, como: colonialismo, monarquía y democracia; esta última es la que prevalece hasta nuestros días.

En nuestra historia, la primera vez que se habla de que “la Soberanía dimana inmediatamente del pueblo” fue en 1812, en el punto 5 del texto preparado por José María Morelos y Pavón, denominado “Sentimientos de la Nación”.

En tal punto también se señala que tal Soberanía debe depositarse dividiendo los poderes en Legislativo, Ejecutivo y Judicial.

Pero hasta la Constitución de 1824 se plasma la idea de que el Supremo Poder de la Federación se dividirá para su ejercicio en Legislativo, Ejecutivo y Judicial.

El primero de ellos con la idea de conformar las regulaciones necesarias de la voluntad del o los individuos que forman un grupo o sociedad.

El segundo mencionado, con la finalidad, facultad o “poder” (propiamente dicho) de hacer cumplir estos requerimientos “leyes”, aún en contra de la voluntad de una minoría o del individuo y el tercero mencionado, el Poder Judicial, con la idea esencial de defensa de las garantías individuales contempladas en la Constitución Federal, como la defensa de la Constitución misma, a través de la actividad jurisdiccional en si.

(2) Idem.

En este último punto encontramos al Juicio de Amparo, La Controversia Constitucional, La Acción de Inconstitucionalidad y los medios de impugnación en materia electoral.

En México, en las distintas Constituciones se han visto plasmados los deseos y las declaraciones de los hombres en sociedad; han sido documentos declarativos que acopian aquellas inquietudes, derechos, prerrogativas del ser humano mexicano, e incluso extendido a extranjeros, sumadas a las formulas para regular el poder otorgado a las diversas instituciones u órganos del Estado.

La Constitución actual de nuestra Nación, (derivada de todas las anteriores) claramente señala en su artículo 39, que la Soberanía Nacional recae originariamente en el pueblo. Principio básico de la democracia.

La misma Constitución, señala en el actual artículo 41 como ejercerá su Soberanía, vía Poderes de la Unión, o de forma interna por los Poderes de los Estados, sometiendo de forma expresa todas las competencias al caso de que no podrán contravenir las estipulaciones del Pacto Federal.

Es una romántica soberanía que nace y se forja en un poder social.

Siguiendo este orden de ideas, el pueblo o en un sentido mas claro, su voluntad social, necesita de ese titular “el Estado” y que en él se derive la Soberanía del pueblo, por ende, uno de los principales atributos del Estado es el de ser **Soberano**, mediante una soberanía derivada. (Soberanía. derivada de la conjunción de Super-Omnia, que significa sobre todo, traducándose en el atributo del poder del Estado que “supedita todo lo que en él existe y subordina todos los demás poderes y actividades que se desplieguen en su interior”) (3)

El Estado, investido de poder, como ya se ha señalado, necesita evidentemente de esos órganos específicos para poder llevar a cabo sus fines, y con ello regresamos nuevamente al concepto de “autoridad”; de este modo y a través de las diversas autoridades que conforman y dependen del mismo, logra la prosecución de los mismos.

Solo para efectos descriptivos, es conveniente apuntar las restricciones a que se encuentra sujeta la Soberanía del Estado.

Por una parte, y como ya mencionamos, las doctrinas modernas confirman que el pueblo, siendo el real depositario del poder soberano, marca la restricciones necesarias y en ejercicio de éste, decide desplegar su actividad dentro de ciertos cauces jurídicos, en una palabra se **Auto-limita**.

Además de que de igual manera decide la forma de vida que más convenga, seleccionando la forma de construirse y el sistema para su funcionamiento., llamándole a ello, **Autodeterminación**.

Ambas, la Auto limitación y Autodeterminación, construyen el limite a las arbitrariedades del Estado, forjándose con ello un orden de Derecho mas completo en cuanto a su aplicación.

Su fundamentación legal, se encuentra de forma clara en la Constitución vigente (desde 1917).

3. Idem.

Cuando la Constitución determina que “la Soberanía radica esencial y originalmente en” Debemos entender lo siguiente:

La parte final del artículo 39 Constitucional, al señalar que “el pueblo tiene en todo el tiempo el inalienable derecho de alterar o modificar su forma de gobierno”, se refiere al hablar del carácter inalienable, que la soberanía es inseparable del pueblo, es parte integral del pueblo mismo, excluyéndose la posibilidad de delegar la Potestad Soberana, ya que lo que se confiere a las autoridades es su Ejercicio.

Las mencionadas facultades de autodeterminación y de auto limitación del Estado, se encuentra contempladas en nuestro ordenamiento Constitucional, la primera de ellas se contempla en el Artículo 40 el cual dispone que es “que”es voluntad del pueblo mexicano, constituirse en una República Representativa Democrática y Federal, compuesta de estados libres y soberanos en todo lo que concierne a su régimen interior”.

Por lo que hace a la facultad de auto limitación, esta es consagrada en forma de declaración Inicial General, en el artículo primero constitucional, la cual tiene el otorgamiento de las “Garantías Individuales” .Entendiendo este atributo de auto limitación como la restricción a la actividad del Estado por el orden jurídico, pudiendo nosotros señalar que no sólo la consagración de las Garantías Individuales la prevén, sino también **el principio de la legalidad**, haciéndose de este modo extensiva en toda la Constitución.

Siguiendo este orden de ideas, las autoridades del Estado, son los órganos que representan y sólo podrán desempeñar su actividad, bajo el carácter de representantes del Estado como persona jurídica, bajo los lineamientos y atribuciones que la ley les confiera y nunca de “Mutuo Propio”.

Al realizar nosotros, el análisis de lo anteriormente apuntado, podemos afirmar que las Garantías Individuales denotan esencialmente **el principio de seguridad jurídica**, al cual podemos llamarle juridicidad, la cual implica la obligación de todas las autoridades del Estado de someter todos y cada uno de sus actos al Derecho. No podríamos concebir actualmente un Orden de Derecho o Sistema Jurídico sin la existencia de las Garantías Individuales, ni podría del mismo modo, asegurarse la libertad y la justicia de ninguna Nación sin la preexistencia de tales instituciones.

Deseamos que quede lo mas claro posible el nacimiento de las “Garantías Individuales”, o de esos “Derechos Subjetivos”, por ello insertamos los siguientes cuadros, explicando de forma grafica lo antes expuesto. (Ver figuras 1, 2, 3 y 4)

Figuras 1, 2, 3 y 4.

GARANTIAS INDIVIDUALES, SU NACIMIENTO EN LA HISTORIA
(1)

ORIGEN Y DESARROLLO CRONOLOGICO DEL CONCEPTO DE GARANTIA	POSICION DEL ESTADO	OBSERVACIONES
EL HOMBRE EN SU DOBLE ASPECTO: A) COMO SER HUMANO B) COMO SER SOCIAL "ZOOON POLITICON", ESTO ES, SU PERFIL SOCIAL C) EL SER INDIVIDUAL CON CARACTERISTICAS Y PARTICULARIDADES PROPIAS D) CON CAPACIDAD DE ESTABLECER COMUNICACIÓN HACIA SUS SEMEJANTES E) Y LA POSIBILIDAD DE LOGRAR INTERCAMBIO DE CARÁCTER CIENTIFICO, JURIDICO, POLITICO, EDUCATIVO, ETC.	INEXISTENTE EN NUESTRA NACION	
EN SU HOMBRE EN COMUNIDAD: A) EL DESARROLLO DEL HOMBRE DENTRO DE UNA COMUNIDAD CREANDO SITUACIONES DE BENEFICIO PROPIO O COLECTIVO PARA SU SUBSISTENCIA B) SITUACIONES GENERADAS Y QUE CREAN DERECHOS O PRERROGATIVAS PARA EL SUJETO Y PARA EL GRUPO COLECTIVO EN EL QUE SE DESENVUELVE C) UN DESARROLLO SOCIAL POR CONSECUENCIA Y EL ORIGEN DE LAS LIMITACIONES PARA QUE EL EJERCICIO DE TALES DERECHOS NO OCASIONEN DAÑO A LOS DEMAS MIEMBROS QUE CONFORMAN EL GRUPO SOCIAL EN QUE SE ENCUENTRA	INEXISTENTE EN NUESTRA NACION	
EL VOCABLO GARANTIA: A) EL CONCEPTO DE GARANTIA INDIVIDUAL TIENE SU BASE EN EL VOCABLO ANGLOSAJON = "WARRANTY" O WARRANTIE" QUE EN SI ES EL ASEGURAMIENTO O AFIANZAMIENTO, ASI COMO LA PROTECCION, EL RESPALDO, DEFENSA SALVAGUARDA Y APOYO B) OTRA ACEPCION ES LA SEGURIDAD QUE SE OFRECE PARA EL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION, SEA POR TERCERA PERSONA, COMO LA GARANTIA PERSONAL (FIANZA) O MEDIANTE UNA COSA (GARANTIA REAL)		
NACIMIENTO Y APLICACIÓN DEL VOCABLO: A) VOCABLO QUE NACE DENTRO DEL DERECHO PRIVADO, INMERSO EN LA LEGISLACION FRANCESA B) VOCABLO ENCAMINADO HACIA EL CAMPO DEL DERECHO CIVIL O MERCANTIL Y NO ASÍ AL DERECHO CONSTITUCIONAL C) EL CONCEPTO DE GARANTIA EN EL DERECHO PUBLICO HA SIGNIFICADO SEGURIDADES O PROTECCIONES A FAVOR DE LOS GOBERNADOS DENTRO DE UN ESTADO DE DERECHO		

GARANTIAS INDIVIDUALES, SU NACIMIENTO EN LA HISTORIA
(CONT 2)

DEFINICIONES: A) DISTINCION ENTRE LOS DERECHOS INDIVIDUALES Y EL CONJUNTO DE NORMAS DENOMINADAS COMO "DERECHO" B) DERECHOS INDIVIDUALES= PRERROGATIVAS PUBLICAS SUBJETIVAS C) DERECHO= CONJUNTO DE NORMAS QUE REGULAN EL COMPORTAMIENTO DEL SER HUMANO EN SOCIEDAD		
SURGIMIENTO DE LIMITACIONES EN SOCIEDAD: A) LIMITACIONES QUE OBLIGARON AL HOMBRE A CREAR REGLAS O NORMAS QUE LLEVARON A EXIGENCIAS Y OBLIGACIONES B) EL NACIMIENTO DEL "DERECHO"	INEXISTENTE EN NUESTRA NACION HASTA EL SIGLO XVI	
EL SURGIMIENTO DE LA AUTORIDAD: A) NACE LA NECESIDAD DE PLASMAR TODAS ESTOS DERECHOS Y NORMAS POR ESCRITO B) NACE LA NECESIDAD DE CREAR LA FIGURA DE QUIEN O QUIENES HARAN VALER TALES DISPOSICIONES C) NACIMIENTO DE "LA AUTORIDAD"	AUTORIDAD COMO EL GRUPO DE PERSONAS QUE CONTABAN CON CONJUNTO DE FACULTADES PUDIENDO REALIZAR UNA SERIE DE ACTOS, TENDIENTES A GARANTIZAR EL ORDEN, MEDIANTE LA IDONEA APLICACIÓN DE LAS NORMAS	
SURGIMIENTO DEL CONCEPTO DE PODER: A) DERIVADO DEL ACTUAR DE ESE GRUPO DE PERSONAS QUE LLEVABAN A CABO LA IDONEA APLICACIÓN DE LAS NORMAS SURGE EL CONCEPTO DE "PODER" B) ENTRE EL GRUPO DE PERSONAS QUE CONTABAN CON ESE CONJUNTO DE FACULTADES QUE SE LES HABIAN OTORGADO	A) LA AUTORIDAD CUENTA CON EL PODER OTORGADO POR UN GRUPO DE PERSONAS	

GARANTIAS INDIVIDUALES, SU NACIMIENTO EN LA HISTORIA
(CONT 3)

<p>A) EL PODER FUE APLICADO EN EXCESO, SURGIENDO DIVERSOS MOVIMIENTOS SOCIALES EN CONTRA DE ELLO B) LA INCONFORMIDAD LLEVA AL SURGIMIENTO DE LA "SOBERANIA"</p>	<p>A) LA AUTORIDAD QUEDA SUPEDITADA A LA SOBERANIA</p>	
<p>ÉPOCA INDEPENDIENTE DE MEXICO: A) MEXICO: 1810-1821 LA SOBERANIA DIMANA INMEDIATAMENTE DEL PUEBLO B) MEXICO: 1824 EL SUPREMO PODER DE LA FEDERACION SE DIVIDIRA</p>	<p>A)MEXICO: SURGE LA SOBERANIA Y LA IDEA DE QUE LA MISMA DEBE DEPOSITARSE EN TRES PODERES LLAMADOS LEGISLATIVO, EJECUTIVO Y JUDICIARIO B)EL PODER SE DIVIDIRA PARA SU EJERCICIO EN LEGISLATIVO, EJECUTIVO Y JUDICIAL.</p>	<p>MEXICO: SURGEN A LA VIDA DE LA NACION IDEAS COMO SOBERANIA, ESTADO, PODERES.</p>
	<p>EL SEGUNDO CON LA FINALIDAD, FACULTAD O PODER (PROPIAMENTE DICHO) DE HACER CUMPLIR LAS NORMAS "LEYES", AUN CONTRA LA VOLUNTAD DE UNA MINORIA. LA FINALIDAD ORIGINAL DEL PODER LEGISLATIVO COMO EL PODER CON EL DEBER DE CONFORMAR LAS REGULACIONES NECESARIAS DE LA VOLUNTAD DEL O LOS INDIVIDUOS QUE FORMAN UN GRUPO O SOCIEDAD, CON LA FINALIDAD ESCENCIAL DE LA DEFENSA DE ESOS DERECHOS, PRERROGATIVAS O DE ESAS GARANTIAS INDIVIDUALES CONTEMPLADAS EN LA CONSTITUCION FEDERAL, ASÍ COMO LA DEFENSA DE LA CONSTITUCION MISMA, A TRAVES DE LA ACTIVIDAD JURISDICCIONAL.</p>	<p>TODO LO ANTERIOR APOYADO EN TODAS LAS DOCTRINAS Y TEORIAS EUROPEAS MAS LA SUMA DE LAS IDEAS DE LOS PENSADORES MEXICANOS</p>

GARANTIAS INDIVIDUALES, SU NACIMIENTO EN LA HISTORIA
(CONT 4)

<p>LA DISCUSIÓN SE DERIVA HACIA LOS CONCEPTOS DE GARANTIAS INDIVIDUALES Y OTROS: A) DEBATE HISTORICO SOBRE EL CONCEPTO DE GARANTIAS INDIVIDUALES B) CONCEPTO DE DERECHOS PUBLICOS SUBJETIVOS C) NACIMIENTO DE DERECHOS SOCIALES NO CONTEMPLADOS EN NUESTRA CONSTITUCION</p>	<p>A) LA POSICION DEL ESTADO VA SIENDO MAS CLARA CONFORME EVOLUCIONA LA SOCIEDAD Y SUS NECESIDADES</p>	<p>CARENCIA DURANTE EL SIGLO XIX, EN VARIAS AREAS. LAS QUE CONCIERNEN A LA SALUD LAS PODEMOS VER EN LA FIGURA 11 DEL CAPITULO I</p>
---	--	---

1.- Acepciones del Concepto "Garantía"

Una vez que hemos hecho un breve análisis de la importancia de las Garantías Individuales como medios protectores de los derechos y prerrogativas de los individuos

que forman la sociedad mexicana y al mismo tiempo, como auto – reguladores del Poder Público, corresponde examinarlas a través de su conceptualización.

Es en esta parte de nuestro capítulo segundo, donde precisaremos el sentido y alcances de las Garantías Individuales, tratando de aclarar su significado y analizando los elementos constitutivos de las mismas.

Empezaremos por mencionar que la palabra “Garantía” deriva del término anglosajón “Warranty” o “Warantie” que significa la acción de asegurar, proteger, defender o salvaguardar.

En sentido lato, “Garantía” es el aseguramiento o afianzamiento, así como la protección, el respaldo, defensa, salvaguardia y apoyo.

El origen de esta figura jurídica, se encuentra dentro del campo del Derecho Privado, teniendo en él las acepciones antes mencionadas.

El vocablo “Garantía”, nació a la vida jurídica bajo la legislación francesa, tomándola posteriormente el resto de los pueblos a mediados del siglo XIX.

“El concepto garantía en Derecho Público, ha significado diversos tipos de seguridades o protecciones a favor de los gobernados dentro de un Estado de Derecho, es decir, dentro de una entidad política estructurada y organizada jurídicamente, en que la actividad del gobierno está sometida a normas preestablecidas que tienen como base de sustentación, el orden constitucional. (4)

Otros autores apuntan que Garantía, “Es la seguridad que se ofrece para el cumplimiento de una obligación, ya sea por tercera persona, garantía personal (fianza) o mediante una cosa (garantía real: hipoteca) (5). “Acción y efecto de afianzar lo estipulado”. (6)

Podemos darnos cuenta que las 2 anteriores definiciones, pertenecen efectivamente al vocablo “Garantía”, pero enfocados hacia el campo del Derecho Civil o Mercantil, y no así al Derecho Constitucional, que es el que nos atañe en el presente estudio.

El punto de discrepancia que surge al tratar de esclarecer el significado de “Garantía”, radica en que algunos estudiosos, enfocan sus investigaciones y su criterio hacia el sentido “Lato” del vocablo y no hacia el verdadero sentido de la palabra, que es el de las Relaciones entre Gobernados y Gobernantes, por ello, la doctrina no ha podido ponerse de acuerdo en la acepción estricta que debe otorgarse al concepto, surgiendo discrepancias e ideas confusas e incluso generalizadas del mismo, llegándose a hablar incluso de “Garantías” Institucionales” como medios de protección de algunas instituciones, establecidas por la regulación constitucional, ocasionándose con ello la terrible confusión de identificar la Garantías con la misma Constitución, olvidando que el objetivo es encontrar el verdadero sentido de las llamadas Garantías Individuales o del Gobernado.

Hay otros tratadistas como los maestros JUAN ANTONIO DIEZ QUINTANA e IGNACIO BURGOA ORIHUELA, que discrepan del término de “GARANTIA CONSTITUCIONAL”, utilizando el término de “DERECHO PUBLICO SUBJETIVO”. (7)

4. Idem. Pág. 162.

5. Diccionario del Derecho Agrario Mexicano, Antonio Luna Amigo, Luis G. Alcerreca, México 1982. Pág. 328.

6. Idem.

7. 205 preguntas y respuestas sobre Garantías Individuales y Derechos Humanos, Diez Quintana Juan Antonio. Editorial PAC. 2001. Pág. 2

Los fundamentos que hacen valer ambos tratadistas son similares, y van enfocados principalmente a la posibilidad de exigibilidad del gobernado frente al Estado de tal derecho o garantía.

El primer término nos resulta de origen más histórico y romántico (lejos de la realidad en todos los momentos cronológicos de su aplicación) y con un deseo de fondo de ensalzar la idea de una nueva nación protectora de sus ciudadanos.

Nuestro punto de vista al respecto es mas acorde al de derecho publico subjetivo que al de garantía constitucional.

El término de Derecho Publico Subjetivo, en nuestro concepto, es mas claro en su objetivo: es la búsqueda, su regulación y la posibilidad de exigencia de la protección real de los gobernados frente al ejercicio del Poder.

No obstante creemos que seguirá utilizándose el termino de Garantías Constitucionales.

Robusteciendo lo anterior, es pertinente realizar una breve síntesis del pensamiento de autores como Jellinek, Kelsen y Fix Zamudio entre otros, acerca de las diversas clasificaciones de las Garantías, que estos estudiosos han propuesto y que ahora nosotros recopilamos con el objeto de ampliar nuestro panorama de estudio y permitirnos más adelante, comprender las diferencias conceptuales y esenciales que fundamentalmente distinguen a las Garantías Individuales, de las Garantías Sociales respectivamente.

Así pues, **Jellinek** propone tres clases de Garantías:

Primero.- Las Garantías Sociales, en las cuales enmarca la región, la costumbre y las fuerzas culturales.

Segundo.- Las Garantías políticas, comprendiendo en ellas la organización y funcionamiento del Estado y la División de Poderes.

Tercero.- Las Garantías Jurídicas, que no son más que “Los sistemas de fiscalización de los órganos Estatales de Responsabilidad Oficial, de jurisdicción y de los medios para hacer efectivas las normas de derecho objetivo”. (8)

Con respecto a esta clasificación, es necesario advertir que la misma adolece de generalidad, ya que si bien realiza una división lógica de los tipos de Garantías que existen, la misma sólo es vista a través del concepto general de la palabra Garantía, no siendo más específica y particular, elemento esencial en el estudio de las Garantías Individuales.

Por lo que se refiere a **Kelsen**, él mismo nos habla de Garantías de la Constitución, identificándolas como “los medios para asegurar el Imperio de la Ley Fundamental frente a las Normas Jurídicas secundarias para garantizar el que una norma inferior se ajuste a la norma superior que determina su creación o contenido”. (9)

8. Las Garantías Individuales. Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México 2005. Pág. 162,163.

9. Idem.

Es claro que en este caso, Kelsen se refiere al hablar de “medios para asegurar el Imperio de la Ley Fundamental” a los sistemas o medios para garantizar el exacto cumplimiento de la Constitución, llegando incluso a confundir a las propias Garantías con la Constitución misma, sin atender al verdadero sentido de las Garantías del Gobernado.

Por último, el Maestro **Fix Zamudio**, nos dice:

“Solo pueden estimarse como verdaderas Garantías, los medios jurídicos para hacer efectivos los mandatos constitucionales” (10), y clasifica a ésta en dos:

- a) Garantías Fundamentales; comprendiendo en ellas, las individuales, sociales e Institucionales.
- b) Garantías de Constitución; que son los procesos establecidos por los Artículos 103, 105, y 111 de la misma, los cuales respectivamente se refieren: los dos primeros al Juicio de Amparo, el siguiente a los Conflictos Generados entre la Federación y las Entidades o entre estas últimas y la federación; y el último al proceso de responsabilidad de los funcionarios.

En otras palabras, son los tres artículos que enmarcan: el primero: la competencia de los Tribunales de la Federación; el segundo de las controversias inconstitucionales y de las acciones de inconstitucionalidad que deberán promoverse ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación; y el tercero del Juicio de Procedencia contra Diputados y Senadores del Congreso de la Unión, Ministros de la Corte y otras autoridades.

Hay, unidos a estos artículos otros mas como el 107, 108, 109 y 110 que permitirían entender con mas claridad la calificación planteada por el maestro Fix Zamudio.

Desafortunadamente, al igual que los anteriores criterios, esta clasificación también atiende al sentido general del vocablo de Garantía, al tiempo que no explica la consistencia jurídica de las Garantías Fundamentales; sólo las enumera. Por otro lado, parecía que equipara a las Garantías Individuales, con las Sociales.

Algunos otros autores, igualan a las garantías individuales, con los derechos inherentes a la persona, y que en virtud de su naturaleza el Estado debe reconocerlas y respetarlas, así como protegerlas mediante la creación de un orden jurídico y social, que permita el desenvolvimiento de las personas en sus ámbitos individuales y sociales.

Otros mas como los tratadistas **Diez Quintana**, utilizan el término de “Derecho Publico Subjetivo”, pues las definiciones de garantías dadas por sus homólogos no son del todo satisfactorias, ni mucho menos explicitas.

Más aun, su primicia es la exigibilidad de la protección real de los gobernados frente al ejercicio del Poder, bajo los principios de libertad, igualdad, propiedad, legalidad y seguridad jurídica, lo cual no se da aun y que se plasme el termino de garantía en la Constitución Federal, pues no depende solo del texto, sino de muchos otros factores mas, entre los que figuran especialmente las capacidades de las autoridades competentes en la materia. (11)

10. Idem.

11. Medios de Impugnación Constitucionales respecto a la violación de los derechos Humanos. Juan Antonio Diez Quintana, Editorial PAC. SA CV. 2001, Págs. 8, 9

Incluso hace patente que toda garantía individual – en nuestro derecho positivo—es un derecho humano, pero no todo derecho humano –dentro de nuestra Constitución—es una garantía individual. (12)

Mi apreciación es que, debido a esta clara diferencia y deficiencia dentro de nuestro sistema jurídico constitucional, mas todos los elementos que aporta en su estudio, y con los cuales coincidimos en este sentido, es que ha utilizado, como otros tratadistas, el concepto de “DERECHO PUBLICO SUBJETIVO”, llenando con ello un vacío entre la garantía constitucional individual y el derecho humano.

Por lo tanto, con todas las acepciones y definiciones vertidas, deseo hacer una compilación de ideas;

- a) Manifestamos nuestro acuerdo en la existencia de los derechos naturales del hombre, como auténticas prerrogativas que él mismo posee y no sólo como meras potestades reconocidas por un orden jurídico.
- b) Estos derechos naturales, adquieren el carácter de derechos públicos subjetivos, al ser contemplados por un ordenamiento de Derecho, debiendo asegurarse o preservarse a través de las “Garantías” establecidas en nuestra Constitución Política Federal.
- c) De lo anterior, nace la confusión de los autores, que señalan a estos derechos naturales como el elemento que “garantiza” su cumplimiento, siendo esto, un error de aplicación hasta nuestros días; sobre todo si analizamos las diferentes ramas de nuestro derecho en las que debían estar tuteladas tales garantías.
- d) Por último, es importante hacer notar que esta definición aplicable al ser humano, deja fuera de su concepto, la situación jurídica de las personas morales, punto que más adelante explicaremos y, consecuencia de tal exclusión, no contamos con un concepto UNIVOCO al respecto.

Sumado a esta compilación de 4 incisos, **agregamos al final de este capítulo cuadros con información condensada sobre las diferentes teorías sobre el tema. (Ver figuras 5 a 11 inclusive)**

2.- Concepto de las Garantías individuales y su relación con las acepciones.

Derechos civiles, derechos humanos, derechos individuales y derechos de los gobernados.

Para iniciar el estudio de esta parte, es conveniente que señalemos que nos ha parecido convincente y atinado el criterio que el Maestro Burgoa en su libro de “Las Garantías Individuales”, sostiene al respecto de éstas, por lo que apoyaremos nuestro criterio en ello:

Iniciaremos mencionando cuál es el tratamiento que se les da a las Garantías Individuales dentro de nuestro orden jurídico.

Las Garantías Individuales, como lo ha señalado el Maestro Burgoa, “se traducen jurídicamente en una relación de derecho existente entre el gobernado (persona física o moral) y el Estado como entidad jurídica y política con personalidad propia, y sus autoridades cuyas actividades son desempeñadas en ejercicio del poder y en representación Estatal”. (13)

12. 205 preguntas y respuestas sobre Garantías Individuales y Derechos Humanos. Díez Quintana Juan Antonio. Editorial PAC. 2001. Pág. 5
13. Las Garantías Individuales. Ignacio Burgoa Orihuela. Editorial Porrúa, México 2005. Pág. 166.

Antes de profundizar en esta definición, mencionaremos de forma simple figuras jurídicas tales como los “Derechos Civiles”, “Derechos Humanos”; “Derechos de los gobernados”; así como los “Derechos Individuales”, ya que todos ellos, han sido de alguna forma, equiparados --por diversos juristas-- con las mencionadas Garantías Individuales.

Nuestro objetivo, con esto, no es otro más que encontrar si en todas estas denominaciones, su contenido es igual a nuestra materia de estudio o si existen en ellas, diferencias esenciales que constituyan un error el asimilarlas.

Iniciaremos con:

“Derechos Civiles”: “Las prerrogativas básicas y Libertades fundamentales, reconocidas y garantizadas a todo ser humano, por el solo hecho de serlo, donde quiera que se encuentre y sin distinción de ninguna especie. También se les ha denominado Derechos Individuales”. (14)

En nuestro Estado Moderno de Derecho, éstos tienden a proteger la existencia, libertad, dignidad e integridad física y moral de la persona; comprendiendo en forma general los derechos a la vida, a la expresión, a la asociación y libre circulación, el derecho a un juicio regular, a no ser torturado, derecho a la libertad de creencias y para el caso que estudiaremos en este breve trabajo, a la SALUD, entre otros.

“Derechos Humanos”: “el conjunto de facultades, prerrogativas, libertades y prestaciones de carácter civil, político, económico, social y cultural, incluidos los recursos y mecanismos de garantía de todos ellos, que se reconocen al ser humano, considerados individual y colectivamente”. (15)

A través de la historia en México, los derechos humanos han cobrado importancia, y su conceptualización se ha visto sujeta a cambios. La evolución del hombre y del Derecho en nuestro país, nos ha llevado a demandar el respeto que el Estado debe tener frente a una esfera de libertad y autonomía del ser humano.

Surgen, derivados de dar firmeza a la dignidad del ser humano en nuestro país, varias leyes de gran importancia en estos últimos años, sin mencionarlas todas; a saber:

“LEY DE LA COMISION NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS” publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de Junio de 1992.

“LEY FEDERAL PARA PREVENIR Y SANCIONAR LA TORTURA” publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de Diciembre de 1992.

“LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES” publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de Junio de 1992.

“LEY SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOCIAL” publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de Enero de 1986.

“LEY PARA LA PROTECCION DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES” publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de Mayo de 2000.

14. Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, Editorial Porrúa, Tomo III, México, 1985. Pág. 209

15. Idem. Pág. 223

“LEY FEDERAL PARA PREVENIR Y ELIMINAR LA DISCRIMINACION” publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de Junio de 2003.

“LEY GENERAL DE DERECHOS LINGUISTICOS DE LOS PUEBLOS INDIGENAS” publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de Marzo de 2003.

Todas estas leyes posteriores a la reforma en la que se adiciono al artículo 4 Constitucional, donde se eleva al rango de Garantía Individual el Derecho a la Salud, publicado en el Diario Oficial el 3 de Febrero de 1983.

Todos estos ordenamientos, sean las reformas a La Constitución Política Federal, las leyes creadas sobre la protección de las personas, etc. tienen un objetivo común: al Estado se le impone cada vez más la obligación de vigilar y velar por la protección mencionada, debiendo convertir al Estado en Garante obligado del bienestar económico y social del pueblo.

Insertaremos un punto de referencia al respecto; en la mayoría de las Constituciones Occidentales, la forma de identificar estos derechos, se da en 4 grupos; división que atiende al objeto o contenido de los mismos y que son:

- 1) Declaración de Derechos.
- 2) Garantías Individuales.
- 3) Derechos del pueblo.
- 4) Derechos Individuales.

Los Derechos Humanos, han adoptado la forma de **Declaraciones de los Derechos y Libertades Fundamentales de las Personas**; en las Constituciones de la gran mayoría de los países, incluyendo la nuestra, tales declaraciones han recibido los nombres siguientes:

- 1) Declaración de Derechos
- 2) Garantías Individuales
- 3) Derechos del Pueblo
- 4) Derechos Individuales

Cabe hacer notar, que forma parte integral de tales declaraciones los mecanismos, recursos o procedimientos previstos, para la defensa de los Derechos Humanos.

“Derechos Individuales”: “Son las facultades y libertades esenciales e inalienables del hombre individualmente considerado, También se les denomina hoy en día, con la expresión de derechos civiles y en el ordenamiento Constitucional Mexicano, se agrupan bajo el rubro de Garantías Individuales”. (16)

Estos derechos, han sido entendidos, sólo referentes al hombre como individuo y ciudadano en relación con las concepciones jus-naturalistas y liberales que han caracterizado a las declaraciones proclamadas y a las Constituciones promulgadas durante el último cuarto del siglo XVIII. En efecto, las formulaciones jurídicas de estos derechos, como verdadera prerrogativas de carácter inalienable, han constituido el principio y contenido de diversas “Declaraciones de Derechos” que se han consignado a lo largo de la historia.

El resultado como el primer antecedente de tales declaraciones lo fue la:

16. Idem. Pág. 225

“Declaración de Derechos del Estado de Virginia” el 12 de junio de 1776, siguiéndole a ésta,

”La Declaración de Independencia de los Estados Unidos de América” el 4 de julio de 1776, posteriormente, con

“La Declaración de los Derechos del Hombre y de Ciudadanos” del 26 de agosto de 1789 y 2 años después, incluida ésta en el preámbulo de

“La Constitución Francesa” el 3 de septiembre de 1791 y por último,

“Las 10 enmiendas a la Constitución de los Estados Unidos de Norteamérica” el 17 de septiembre del año de 1787, se contemplaron estos derechos e incorporadas a la misma el 15 de diciembre de 1791”. (17); considerando que hasta la fecha cuenta con 27 enmiendas a su Constitución. (18)

Nota: la fuente literaria y la relación de las enmiendas actualizadas se inserta al final de este capítulo bajo el mismo número de referencia. (18)

Cabe señalar, que a “partir de estas declaraciones, el reconocimiento jurídico internacional de los derechos humanos, asume el valor de un Principio General Constitucional”. (19)

“Derechos de los Gobernados”: “el conjunto de prerrogativas y libertades que gozan los individuos sujetos a una relación de Supra o Subordinación, emanando de dicha relación una serie de derechos a favor de los mismos.

Una vez que se han anotado las definiciones de los conceptos antes mencionados, podemos concluir lo siguiente:

- Al hablarse de Derechos Individuales, Derechos Humanos y Derechos Civiles, encontramos presente que **todos estos son “un conjunto de prerrogativas, facultades o libertades”**, de las cuales gozan los individuos en forma individual o colectiva.
- Hay un común denominador en estas definiciones; el concepto de Garantías Individuales se ha enmarcado dentro del concepto de los “Derechos Humanos”, e incluso dentro de los mecanismos, recursos o procedimientos para la defensa de los mismos.
- En todas estas definiciones, no se hace mención de su origen, en otras palabras en las relaciones que los sustentan y sobre las cuales se originan los derechos mencionados, aun y que engloban en forma amplia todos los derechos y prerrogativas, así como libertades posibles del ser humano, ya sean de carácter individual o colectivo.
- Por otro lado, profundizando en tales definiciones, claramente distinguimos que no se debiera confundir a las Garantías Individuales con los medios y procedimientos que “garanticen” su cumplimiento, pues un aspecto es el “garantizar” y otro lo que se garantiza, y como se garantiza.

Para concluir, en un sentido simple podríamos equiparar los Derechos Civiles, Derechos Individuales, así como los Derechos Humanos, con el concepto de “Garantías Individuales” en atención de las prerrogativas y Derechos que consignan cada una de estas figuras.

17. Idem. Págs. 225 y 226.

18. Fuente literaria referida al final del capítulo por ser de origen público y dentro del sistema de red satelital

19. Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, Editorial Porrúa. Tomo III, México, 1985. Pág. 209

Coincide con este criterio el maestro Juventino V. Castro, al hablarnos en su libro, "lecciones de Garantías y Amparo", acerca de la definición de las mismas, apuntando: "Las llamadas Garantías Constitucionales, son también mencionadas como Garantías Individuales, Derechos del Hombre, derechos fundamentales, Derechos Públicos subjetivos o Derecho del Gobernado". (20) Y continúa diciendo que "Estas garantías por Derechos, no son elaborados por juristas, politólogos o sociólogos, ni nacen como producto de una reflexión de Gabinete; son auténticas vivencias de los pueblos o de grupos que constituyen a éstos, quienes se las arrancan al soberano para lograr el pleno reconocimiento de libertades y atributos, que se suponen corresponden a la persona humana por el simple hecho de tener esta calidad". (21)

En nuestra historia, ha existido la idea de asimilar a las Garantías Individuales con los derechos del hombre, ya que en la **Constitución de 1857**, el título del Capítulo I era: "De los Derechos del Hombre", y explicitando correspondía a su artículo primero el siguiente texto:

"El pueblo mexicano, reconoce que los Derechos del Hombre, son la base y el objeto de las instituciones sociales, en consecuencia, declara que todas las leyes y todas las autoridades del país, deben respetar y sostener las garantías que otorga la presente Constitución".

Las declaraciones consignadas en la Constitución de 1917, no difirieron mucho de las de 1857, sólo se suprimió de éstas, el origen de las garantías considerando algunos autores que éstos son los derechos del hombre.

Jorge Carpizo, Catedrático e Investigador, nos comenta al respecto:

"El Congreso Constituyente, habló indistintamente, sobre Derechos del hombre y Garantías Individuales, por lo que podemos concluir, que mientras los derechos del hombre son ideas generales y abstractas, las garantías son ideas individualizadas y concretas". (22)

Por su parte, el artículo 1º de nuestra actual Constitución, en especial en su primer párrafo, es considerado la parte Axiológica de la organización política de nuestro país.

"En los Estados Unidos Mexicanos, todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece".

A pesar de esta declaración no específica cuáles son las garantías otorgadas, debemos entender por éstas, las llamadas Garantías Individuales, contempladas en los primeros 29 artículos constitucionales, con excepción de las disposiciones relacionadas con la "Rectoría Económica del Estado".

20. Lecciones de Garantías y Amparo, Juventino U. Castro, Editorial Porrúa, México, 1978. Pág. 209

21. Idem. Pág. 4.

22. Idem. Pág.8.

En resumen, es dable referirnos a la Garantías Individuales como Derechos del Gobernado y difiriendo de los criterios anteriores, no creemos conveniente identificar a los Derechos Individuales y Humanos, con el objeto de estudio, por razón de considerar que éstos contemplan conceptos generales sobre las prerrogativas del hombre en virtud de que en dichas definiciones no se menciona el elemento más importante que da fundamento a las garantías individuales y que no es otro más que la **relación jurídica que surge entre gobernante y gobernado**.

3.- Relación Jurídica de las Garantías Individuales Sus elementos: sujeto y objeto

Apoyándose una vez más en el criterio del maestro Burgoa, continuaremos con el análisis y desglose de los elementos formativos de las Garantías Individuales, recordando éste, diremos que se traduce en “una relación jurídica existente entre los gobernados y el estado como entidad política y jurídica con personalidad propia y sus autoridades cuyas actividades son desempeñadas en ejercicio del poder y en representación estatal”. (23)

De lo anterior se desprenden los siguientes elementos:

- 1) Sujetos como Gobernados
- 2) Objeto como El Estado y sus Autoridades; Derechos y Obligaciones Creadas.

Sujetos de las Garantías Individuales.

En toda Relación Jurídica, encontraremos como constantes, **los sujetos o partes** que integren la misma, y **el fin, motivo o voluntad que une a estas partes** y que constituye el objeto de la relación, **así como el conjunto de derechos y obligaciones que se desprenden de la misma**. De igual manera al referirnos a los Sujetos de las Garantías Individuales estamos hablando de las partes que integran la relación y que en este caso, vienen a constituir las por un lado “Gobernados” y por la otra el “Estado y sus Autoridades”.

Si hemos mencionado a lo largo de estas páginas, que es fundamental la Relación Jurídica que sustenta a las Garantías Individuales y **que no es otro más que la existente entre Gobernados y Estado**, es necesario comentar al respecto las **3 grandes clases** de Relaciones existentes entre ellos y las cuáles son:

- 1) Relaciones de Coordinación.
- 2) Relaciones de Supraordinación.
- 3) Relaciones de Supra o Sub – ordenación.

Consiste la primera de ellas en los vínculos que se entablan, derivados de una diversidad de causas, entre dos o más personas físicas o morales dentro de su condición de Gobernados.

Regidas las anteriores relaciones por el Derecho Privado, si éstas son del mismo carácter, o bien por el derecho Social si nos referimos a Relaciones Socio – Económicas.

No confundamos las relaciones de **coordinación gubernamental**; toda vez que estas se encuentran dentro de la parte orgánica de la Constitución Política Federal, y aunque juegan un papel importante en relación con los gobernados, no se encuentran en sí dentro del apartado que originalmente es conocido como el de las garantías individuales.

23. Las Garantías Individuales, Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México, 2005. Pág. 166.

El segundo tipo de relaciones, las Supraordinación consiste en el vínculo que se establece entre 2 ó más Organos del Poder o del Estado, rigiendo la actuación de cada uno de ellos. De aquí deriva el Derecho Constitucional y el Derecho Administrativo.

Y por último, las Relaciones de Supra o Sub – ordinación, estableciéndose este vínculo entre dos entidades distintas que no se encuentran ubicadas en el mismo plano, siendo éstas el Estado y sus autoridades como personas político – jurídicas y los Gobernados.

Cabe perfectamente bien señalar en estos dos últimos tipos de relaciones, la **coordinación gubernamental**, como un tipo mas de coordinación y de la que hablamos en párrafos anteriores.

Es en esta última Relación donde surgen las Garantías Individuales como auténticas relaciones jurídicas, ya que el Estado y sus Autoridades llevan a cabo actos impositivos o autoritarios frente a los gobernados debiendo estar reguladas las mismas por un Orden Jurídico, quedan plasmadas en la Constitución por las razones y deseos expuestos en párrafos anteriores y derivan finalmente, entre otras, en las Leyes Administrativas.

La actuación del Estado y sus Autoridades, a pesar de que posee el carácter de coercible, unilateral e imperativa, debe estar restringida y regulada; el dispositivo que constitucional y legalmente existe es el vínculo de Derecho derivado de las Garantías Individuales, el cual impone la obligación al Estado, de respetar y asegurar su goce.

Así los sujetos de la Relación Jurídica de Supra o Sub – ordinación son:

1. Como sujeto Activo poseedor de los derechos, encontramos al Gobernado.
2. El sujeto Pasivo de esta relación los conforma el Estado y sus Autoridades.

1.- SUJETO ACTIVO

Resulta interesante preguntarnos si sólo debemos considerar dentro del término Gobernado, a las personas físicas, o si también las personas morales, quedan incluidas en el mismo.

Recordando a la Constitución de 1857, en su artículo 1º disponía que el “Pueblo Mexicano reconoce que los derechos del hombre son la base y el objeto de las instituciones sociales”. . . . El criterio sostenido, manifiesta claramente que las Garantías Individuales se manifestaban como medios sustantivos Constitucionales para asegurar los derechos del hombre, por ende sólo podían ser centro de imputación directa las personas físicas excluyéndose a las personas jurídicas.

El criterio que vino a modificar esta idea fue el de Ignacio L. Vallarta al decir:

“Que a pesar de que las personas morales no son seres humanos, sino ficciones legales, y de que por ende, no gozan de los derechos del hombre como entidades sujetas al imperio del Estado, si podían invocar en su beneficio las garantías individuales cuando éstas se violasen por algún acto de autoridad, lesionando su esfera jurídica”. (24)

24. Idem. Págs 169,176.

En el pensamiento del tratadista Vallarta, claramente se establece un principio de Extensión de las Garantías Individuales, en relación con los sujetos de las mismas. Tal principio influyó sustancialmente en la Constitución de 1917, ya que no sólo se reconocieron en ésta a las personas físicas y a las jurídicas de carácter privado como Titulares de las Garantías, sino que aparecieron otras figuras de carácter colectivo las cuales al ser reconocidas por nuestro Ordenamiento legal en el ámbito social, económico y laboral, debieron también ser contempladas en lo relativo del disfrute de las garantías constitucionales.

De esta forma aparecen a la vida jurídica de nuestro país las siguientes instituciones susceptibles de ser Sujetos de la Relación Jurídica de las Garantías Individuales y que son:

- a) Organizaciones o Asociaciones Laborales y Patronales.
- b) Comunidades Ejidales.
- c) Empresas de Participación Estatal y
- d) Organismos descentralizados.

Podríamos preguntarnos nuevamente, si es factible que organizaciones gubernamentales o de carácter público, puedan llegar a colocarse bajo la Tutela de las Garantías Individuales.

La contestación correcta, es que si pueden ser sujetos de dichas relaciones jurídicas, la explicación que debe darse al respecto parte del término “gobernado”. Si se ha afirmado que los sujetos de las garantías a partir de 1917 son: Las personas físicas, las personas jurídicas de Derecho Privado, las personas jurídicas del Derecho Social (Sindicatos Patronales y obreros, Comunidades Agrarias), y organismos descentralizados, es por la razón de que todas estas pueden considerarse como centros de imputación directa de la normatividad del Estado, en otras palabras, **tienen la calidad de Gobernados al ser susceptibles de afectación en su esfera jurídica por algún acto de autoridad.**

Todas las anteriores relaciones “están regidas por la Constitución que establece el cauce normativo por donde debe desarrollarse la actuación o conducta del Estado en ejercicio del poder público o función o en razón de su calidad de autoridad.

“Todos los actos de Autoridad, que se realicen en relación con los sujetos mencionados, deben observar las exigencias, prohibiciones, requisitos y condiciones que señalan los preceptos constitucionales”. (25)

El maestro Burgoa, al referirse a las Garantía Individuales, nos indica que “son exigencias ineludibles que deben observar todo acto de autoridad para ser constitucionalmente válido frente al sujeto llamado Gobernado”. (26)

El maestro Diez Quintana, claramente refiere que las personas jurídicas también son susceptibles de tener la calidad de Gobernados al ser sujetas de afectación en su esfera jurídica por algún acto de autoridad; haciendo claro hincapié **que han sido mal denominadas personas morales.** (27) (Ver figura 12)

- 1) El sujeto Activo como poseedor de los derechos, encontrándose en este rubro al Gobernado.
- 2) El sujeto Pasivo como la relación que conforma el Estado y sus Autoridades.

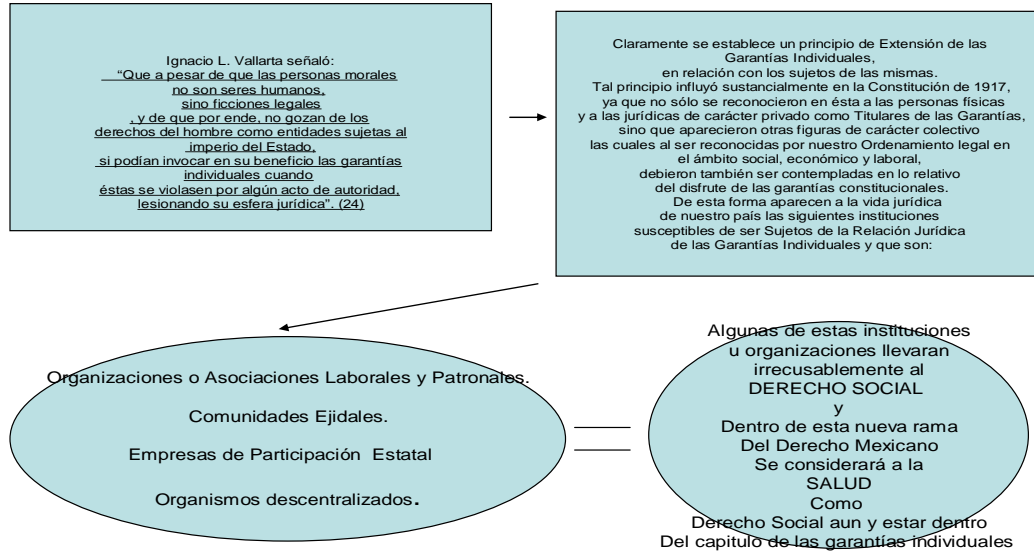
25. Idem.

26. Idem.

27. 205 preguntas y respuestas sobre Garantías Individuales y Derechos Humanos. Diez Quintana Juan Antonio. Editorial PAC. 2001. Pág. 5

Figura 12

GARANTIAS SOCIALES



Es fácil concluir que las llamadas Garantías Individuales en realidad podrían recibir el nombre de **Garantías del Gobierno**, en función de la relación existente entre los particulares y el Estado, sean personas físicas o jurídicas (morales).

Una vez abordado parcialmente el aspecto del sujeto activo; debemos retomar nuevamente, para efectos de continuar con su análisis, a las dos clases de Sujetos de nuestra Relación Jurídica:

El Sujeto Activo, es “aquella persona en cuya esfera operen u operarán actos de autoridad, es decir actos atribuibles a algún Organismo Estatal que sean de índole unilateral imperativa y coercitiva”. (28)

Indiscutiblemente son sujetos activos, las personas físicas, las personas morales o jurídicas de carácter privado las personas jurídicas o morales de carácter social, privada o públicas.

Por personas físicas, entendemos al ser humano en su substantividad biológica, con independencia de sus atributos jurídicos y políticos, siendo éste, todo el que habita en el Territorio Nacional, no influyendo su nacionalidad, sexo, condición civil, religión, etc.

28. Las Garantías Individuales. Ignacio Burgoa Orihuela. Editorial Porrúa. México. 2005. Pág. 174.

Personas morales, aunque se ha dicho acerca de éstas que su existencia es una ficción jurídica creadas por la ley por razones de necesidad práctica y comercial, en la vida social, las personas morales son susceptibles de contraer derechos y obligaciones, y al someterse al acatamiento de la Ley se colocan en una situación semejante a las personas físicas en su calidad de gobernados. En cuanto a la Titularidad de las Garantías, debemos aclarar que será ésta efectiva tratándose de garantías de contenido inminentemente jurídico, no siendo posible aplicar aquellas garantías cuyo contenido esté integrado por potestades de naturaleza biológica.

La Suprema Corte de Justicia ha sostenido el criterio de hacer extensivas las Garantías Individuales para las personas morales.

Por lo que respecta a las personas Morales del Derecho Público y a las de Derecho Social, cabe agregar que el concepto de individuo a que hace referencia el artículo 1° de la Constitución Federal equivale a la idea de Gobernado, entendiéndose por éste, “el susceptible de construir el objeto total o parcial de actos de autoridad imputables a órganos estatales”. (29). De esta forma todas las personas jurídicas (públicas o privadas) mencionadas en párrafos anteriores son considerados como “Gobernados”.

Está previsto en la Ley de Amparo, en su artículo 9°, que cuando los actos de autoridad lesionen los intereses patrimoniales de las personas morales de Derecho Público Estatales o Federales y los Organismos Descentralizados, deben ser considerados como sujetos activos de la relación jurídica de las Garantías Individuales, asumiendo la calidad de auténticos Gobernados, y por ende contarán con la facultad para interponer el Juicio de Amparo.

2.- SUJETO PASIVO

Definido lo anterior, continuaremos con el estudio de **Subjetividad Pasiva, recayendo la misma en el Estado y en sus Autoridades**, adquiriendo por tal motivo obligaciones frente a los sujetos activos, el primero de ellos, de manera que llamaríamos de forma: indirecta o mediata, el segundo de modo inmediato o directo.

El Estado es el detentador del poder público, de la facultad autoritaria, sin embargo para su real ejercicio debe valerse de medios u organismos que con su actuación lleven a cabo los fines para los cuales fueron creados. Es, en este momento, cuando aparecen las autoridades del Estado las cuales se ven directamente limitadas en cuanto a su actividad frente a los Gobernados por las referidas Garantías de Gobierno.

En esta Relación Jurídica de las Garantías, los organismos Descentralizados también poseen subjetividad pasiva, siempre y cuando estemos en presencia de una relación de Supra o Sub – ordenación; en otro orden de ideas, se dará esta subjetividad pasiva cuando dicho organismo dirija algún acto de autoridad frente al particular, y como premisa indispensable, como lo menciona Burgoa, que la legislación respectiva contemple dicha posibilidad.

3.- OBJETO

De este modo hemos concluido el estudio del primer elemento de las Garantías que ha sido el Sujeto, refiramos ahora nuestro estudio al Objeto de dicha Relación.

29. Idem.

Por **objeto** debemos entender solo: el conjunto de derechos y obligaciones derivadas de la Relación Jurídica, ya que las Garantías del Gobernado son los medios protectores o de salvaguardia de todas las prerrogativas y libertades del ser humano.

Cuando hablamos de los Sujetos, mencionamos las 2 clases; los Sujetos Activos y los Sujetos Pasivos. A los Sujetos Activos, corresponde el ejercicio y goce de los Derechos, los cuales implican una potestad jurídica que se hace valer en forma obligatoria frente al Estado en forma mediata; y ante la Autoridades del mismo inmediatamente; se crea por ende, obligaciones a cargo de éstos últimos.

Pero el derecho del que hablamos se traduce en la exigencia del Gobernado consistente en el RESPETO a la posibilidad un mínimo de actividades (obviamente lícitas) y la SEGURIDAD DE LOS MISMOS, en otras palabras, el derecho consignado en esta relación es un **Derecho Público Subjetivo**, con el carácter de Originario y Absoluto.

Por lo tanto, concluimos en lo siguiente:

- 1) Es un derecho porque el sujeto pasivo está obligado a respetar su contenido.
- 2) Es público, porque el obligado es un sujeto de carácter público.
- 3) Es subjetivo, ya que implica una facultad otorgada por la Constitución o la Ley al sujeto activo, para reclamar al sujeto obligado determinadas exigencias.
- 4) Es un derecho Originario en atención que estos operan y se hacen efectivos sin la necesidad de la existencia o verificación de un acto o hecho jurídico previo, como ocurre con los derechos humanos que son inherentes al hombre o bien porque la Ley les otorgue dicho carácter.

En el caso de las garantías de los gobernados “existen para éstos, desde que nacen o se forman. La titularidad de los Derechos que integran el Objeto de las Garantías Individuales surge por la imputación directa e inmediata que nace de la Constitución a los Gobernados, respecto de las situaciones jurídicas abstractas que se contienen en los preceptos que las instituyen”. (30)

- 5) Son absolutos ya que no existe una limitación de sujetos ante los cuales puede hacerse efectivo. (Erga – Homnes). Existente una universalidad de sujetos obligados, que son todas las autoridades del país.

Estos derechos públicos subjetivos (que refiere el maestro Diez Quintana), tienden en esencia a la búsqueda de la protección real de los gobernados frente al ejercicio del Poder, bajo los principios de libertad, igualdad, propiedad, legalidad y seguridad jurídica.

Ahora bien, por lo que respecta a la obligación del Sujeto Activo, ésta se traduce en el total y absoluto respeto que debe acatarse frente a los Derechos Públicos Subjetivos.

La obligación mencionada en el párrafo anterior se debe entender en un NO HACER o en actuar bajo una conducta positiva: A tal obligación, también se le ha distinguido como Obligación Pasiva y Obligación Activa.

30. Idem. Pags. 178,179.

El Maestro Burgoa nos explica al respecto “las obligaciones mencionadas tienen su fundamento en el Principio de Juridicidad, que implica la ineludible subordinación de todos los actos del poder público a normas jurídicas pre – establecidas”. (31)

Este criterio no sólo es aplicado a las autoridades Judiciales y Administrativas, sino que abarca al legislador ordinario, ya que las Leyes que éste expida no deben contrariar las garantías.

Así, la Relación Jurídica de Garantías Individuales, **entrañan obligaciones y derechos, sólo que esta obligación no es bilateral**, ya que los deberes y prerrogativas no son recíprocas entre las partes, sino por el contrario es una Exigencia Unilateral, cuya carga de deber hacer y respetar recae en el sujeto pasivo, o sea en el Estado y en sus Autoridades, constituyendo la nota característica de las Garantías en el sentido que, a través de ellas, se consigna el deber del Estado de respetarlas, y asegurar el cumplimiento de las mismas por todas las autoridades del sistema jurídico político y administrativo.

B) Las Garantías Constitucionales y su relación con las Garantías Individuales. Origen, Esencia y Definiciones

Iniciaremos el estudio de las Garantías Constitucionales, señalando la importancia para nuestro trabajo de investigación, de establecer cual es el significado de éstas, así como la similitud o diferencias que puedan existir entre la Garantías Individuales y las Garantías Constitucionales ya que de este análisis podremos desprender los elementos necesarios que serán la base de la cual partiremos al hablar de las Garantías Sociales y del derecho a la protección de la Salud.

En otros términos, nuestro objetivo es esclarecer la diferencia entre los 3 tipos de Garantías de nuestra Constitución ha consagrado a través de la historia de nuestro país y que a saber son:

Las Garantías Individuales
Las Garantías Constitucionales y
Las Garantías Sociales.

Por tal motivo, señalaremos en primer término, algunas definiciones que se le han atribuido a las Garantías Constitucionales. El profesor **José Luis Soberabis Fernández**, sostiene la opinión de que la Garantías Constitucionales son “el conjunto de instrumentos procesales establecidos por la norma fundamental, con el objeto de restablecer el orden constitucional cuando el mismo sea transgredido por un órgano de autoridad política”. (32)

Fix Zamudio, iguala a las Garantías Individuales, con las Garantías Constitucionales, al señalar “que son los derechos fundamentales reconocidos o garantizados por la Constitución”. (33)

31. Idem. Pags. 182,183.

32. Idem.

33. Idem. Garantías Individuales. HECTOR FIX ZAMUDIO. Editorial Porrúa. 1996. Pag. 177.

Cabe destacar el pensamiento de **Carl Schmitt** sobre el particular, pues para éste autor. “Las Garantías Institucionales son aquellos que sin ser estrictamente constitucionales por no referirse a la estructura fundamental del Estado, ni a los derechos humanos, el Constituyente ha considerado conveniente incluir en la ley suprema, para darles mayor solidez, para garantizarlos mejor tal sería el caso del artículo 123 Constitucional”. (34). **Otros autores**, apoyan el criterio que el término garantía constitucional se identifica con la defensa de la propia Constitución, englobando tanto a los medios preventivos como los represivos.

El catedrático Constitucionalista **Jorge Carpizo** afirma que “son Garantías Constitucionales las facultades otorgadas al Senado por las Fracciones V y VI del artículo 76 Constitucional relativo a la desaparición de poderes en un Estado y a las controversias políticas que surjan entre los poderes de una Entidad Federativa, cuando alguno de ellos lo plantee o se hubiere interrumpido el orden constitucional, para lo cual, en ambos casos, el Senado de la República resuelve la controversia”. (35)

El Licenciado **Juventino V. Castro**, al referirse a la naturaleza de las Garantías Constitucionales nos hace las indicaciones siguientes:

“Algunos autores consideran su existencia en una Teoría Positiva del Estado, traduciéndose ésta en la creencia de que no existen los llamados “Derechos Subjetivos Públicos”, que siendo los nominados así no otra cosa que las limitaciones que se impone el Estado con el fin de favorecer el libre desenvolvimiento de las actividades sociales de los individuos, e impedir que las de cada uno de ellos, estorbe a la de los demás, sin aceptar que tengan un espíritu metafísico, porque estas normas pertenecen al mundo empírico”. (36)

Nosotros podemos agregar acerca de la Teoría Positiva, que el derecho positivo surge invariablemente como producto de la actividad humana, ya sea a través de conductas establecidas por el orden jurídico como productoras de normas, o basada en la actividad humana en general.

El maestro **García Maynez** expresa al respecto “la positividad es un hecho que estriba en la observancia de cualquier precepto, vigente o no vigente. La costumbre no aceptada por la autoridad política es derecho positivo pero carece de validez formal”. (37)

Estudiosos del Derecho como el maestro **Noriega**, prefieren adoptar un criterio ecléctico, resultando una filosofía Humanista sin inclinarse hacia el positivismo ni al jusnaturalismo y así de esta forma surge la siguiente conceptualización: “Los derechos Constitucionales, los derechos del hombre, y las garantías individuales, son derechos naturales inherentes a la persona humana, en virtud de su propia naturaleza, y la naturaleza de las cosas que el estado debe reconocer, respetar y proteger, mediante la creación de un orden jurídico y social que permite el libre desenvolvimiento de las personas de acuerdo con su propia y natural vocación, individual y social”. (38)

34. Idem

35. Idem.

36. Idem. Lecciones de Garantías y Amparo. Juventino V. Castro. Editorial Porrúa. 1988. Pag. 211.

37. Idem.

38. Idem.

Para el Jurista Héctor **Fix Zamudio**, existen 4 clases de Garantías Constitucionales, las cuales fueron consagradas en la Constitución de 1917, éstas son:

- 1) *“El Juicio Político y Responsabilidad para altos funcionarios de la Federación (aa. 108 y 111 a 113 C.)*
- 2) *Conflictos surgidos entre los poderes de un Estado sobre la constitucionalidad de sus actos, entre dos o más Estados, o entre éstos y la Federación, los cuales son resueltos por la Suprema Corte de Justicia (a. 105. C.)*
- 3) *El Juicio de Amparo (aa. 103 y 107 C.)*
- 4) *Procedimientos Investigatorios a que hacen alusión los párrafos tercero y cuarto de a. 97. C”. (39)*

A propósito de esta clasificación, **Octavio A. Hernández** considera que a estas 4 garantías, habría de agregarse una quinta, que es la contenida en el *artículo 20 constitucional, relativo al procedimiento de suspensión de Garantías Individuales*.

Ya que se han mencionado algunas definiciones de las Garantías Constitucionales, es pertinente realizar una crítica de sus contenidos, a fin de que nos permitan llevar a cabo la elaboración de un modelo que consideremos es el más adecuado al sentido jurídico y real que implican las garantías constitucionales.

Iniciaremos por orden consecutivo, correspondiendo el turno a la definición del maestro **José Luis Soberanes Fernández**, sobre la cual expresaremos que en un sentido estricto, técnico y jurídico, es correcta la aparición de los elementos constitutivos del concepto, ya que en él podemos englobar todos los medios procesales tendientes a conservar y restituir el orden constitucional, sin que se refiera exclusivamente a los principios y prerrogativas establecidas en los primeros 29 artículos Constitucionales, pudiendo violentar este orden constitucional cualquier autoridad política ya sea judicial, administrativa e incluso legislativa.

Fix Zamudio, al igualar a las garantías constitucionales con los derechos del hombre que son garantizados y reconocidos por la Constitución; confunde no sólo gramaticalmente sino en esencia y contenido jurídico a las garantías individuales con las constitucionales. Si recordamos que la garantías individuales son la Relación Jurídica que existe entre los gobernados y el Estado, derivando de ella una serie de derechos y obligaciones que vienen a conformar la materia a garantizar, esto es, en otras palabras las libertades, prerrogativas y derechos del hombre; será fácil percatarnos que no pueden ser equiparadas con las Garantías Constitucionales por el simple hecho que estas últimas son el conjunto de instrumentos procesales cuyo fin es restablecer el orden constitucional.

No podemos negar que las Garantías Individuales se encuentren contempladas en la Constitución, pero tampoco sería correcto que por tal motivo éstas recibieran el nominativo de constitucionales, ya que la gran diferencia entre ambas radica en la relación jurídica que conforma a cada una de ellas.

Tal vez valdría hacer referencia que estas últimas garantías constitucionales se encuentran dentro del apartado que algunos tratadistas han llamado **la parte orgánica** de la Constitución Federal, a diferencia de la parte dogmática, que es donde se enmarcan las garantías individuales en si.

Definir el vocablo “Constitución”, a fin de entender los conceptos de los maestros **Fix Zamudio y Carl Schmitt** respecto de las mencionadas garantías, podría ayudarnos y a saber: Constitución que deriva del latín Constitutio – onis, y que significa “la forma o sistema de gobierno que no tienen cada Estado, y la Ley Fundamental de la organización de Estado”. (40)

La Constitución según Aristóteles es el “ser del Estado”, o también denominada ley fundamental y suprema del Estado, que atañe tanto a las atribuciones y límites de la autoridad, como a los derechos del hombre y del pueblo.

Aurora Arnaiz Amigo, hace la siguiente observación “La Constitución expresa, los sistemas, los regímenes y las estructuras de la sociedad en acción, organiza la suprema institución política que hoy día se denomina Estado”. (41)

Con base en tales significados, cabe agregar del pensamiento de **Carl Schmitt**, en primer lugar, que al hablar de garantías institucionales, debe referirse al “conjunto de datos o ideas que los individuos encuentran ante ellos y que se imponen”, debiendo entenderse por institución constitucional “el conjunto de ideas que regulan la manera o forma de ser del Estado” (42).

Consideramos que hay una confusión entre las garantías sociales (artículo 123 Constitucional) y las garantías constitucionales, ya que si bien debe entenderse como una Institución Constitucional el derecho al Trabajo, así como el derecho a la igualdad, a la libertad, a la Educación y **el derecho a la Protección de la Salud** entre otros, todos ellos, han sido ideas que han quedado consagradas en nuestro máximo ordenamiento como Instituciones Constitucionales, en otras palabras, **como ideas reguladoras de la actividad del Estado**, pero si bien por ello, se encuentran, al igual que otros muchos derechos, inmersos en la Constitución, ello no significa que sea garantías Constitucionales; pudiendo encuadrarse en las garantías individuales o sociales como es el caso en concreto; el artículo 123 Constitucional --según la definición de Carl Schmitt--.

El maestro **Jorge Carpizo** al referirse a las mencionadas garantías, las restringe sólo al artículo 76 fracciones V y VI de nuestro ordenamiento fundamental, considerando nosotros, que es estricto en su conceptualización, ya que si bien éstas se refieren a la desaparición de poderes de un Estado, no podemos dejar fuera del concepto de estudio a todas las disposiciones relativas a la organización, funcionamiento y atribuciones de los 3 poderes del Estado, contemplados en nuestra Constitución, y los enunciados respectivos de la soberanía nacional y de la forma de gobierno.

Por lo que respecta a las **Teorías Positivas**, debemos reconocer que el derecho en nuestro país ha sido inspirado en estos principios y ello nos permite suponer que muchos autores comulguen con ella, sin embargo nos encontramos en total desacuerdo sobre creer que no existen Derechos Subjetivos Públicos ya que como se habló, al inicio del capítulo, al referirnos a las Garantías Individuales, ha quedado señalado que los derechos subjetivos públicos, son figuras jurídicas conocidas y reconocidas por nuestro ordenamiento legal, de igual modo, no compartimos del todo la opinión que los positivistas sostienen sobre el origen del derecho basados en las **Teorías de Bentham y Austin**, quienes influidos por **Hume**, “trataron de encontrar una Teoría del derecho basada en la experiencia y postularon que el derecho positivo se genera únicamente por efectos de una

40. Idem.

41. Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigación Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, Editorial Porrúa, Tomo II, México, 1985.

42. Las Garantías Individuales, Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México, 2005. Págs. 176,177.

voluntad superior: la del soberano” (43) o incluso como Austin que definió al derecho positivo “como el conjunto de órdenes del superior político dirigidas a aquellos que se encuentran sometidos a él “. (44)

En relación con la Teoría Humanista dada por **Noriega**, éste sólo se limita a señalar que el contenido de los derechos constitucionales y las garantías individuales son los derechos del hombre, sin llegar a precisar el verdadero objeto de creación legal de los mismos.

Así pues, diremos finalmente que: Las garantías Constitucionales son las instituciones y normas supremas, consignadas en nuestro ordenamiento máximo, las cuales establecen la forma de gobierno y las facultades conferidas a las autoridades del Estado, así como los instrumentos procesados tendientes a restablecer el Orden Constitucional cuando este fuere violado.

Hemos optado por darle prioridad al concepto específico de la Constitución y elaborar en base a las ideas del maestro Carpizo una definición de las Garantías Constitucionales desglosando como elementos constitutivos de la misma, los que a continuación señalamos:

- 1) Consideraremos que son las Instituciones supremas, consignadas en la Constitución, por ser los ideales políticos que un pueblo establece, ya sea a través del diálogo o la fuerza, y se traducen en el sistema y forma de gobierno del estado y las atribuciones y facultades de que gozan sus autoridades.
Por ende, se consideran también como Garantías Constitucionales los medios procesales que restablezcan el orden jurídico violado, claro ejemplo lo es el Juicio de Amparo.
- 2) Cabe destacar como principal diferencia entre las garantías Constitucionales y las Individuales, que las segundas siempre se traducirán en las relaciones jurídicas de supra o subordinación existentes entre el Gobernado y el Estado, originándose un deber a cargo del último, que se traduce en un NO HACER o RESPETAR, mientras que las Constituciones no siempre se traducen en una relación de derecho entre los gobernados y el Estado, como lo es el enunciado del artículo 89 referente a facultades y obligaciones del Presidente, o el 115 que contempla la forma de gobierno interior que cada estado podrá adoptar, sólo por enunciar algún ejemplo, y que como muchas otras disposiciones reciben el nombre de Garantías Constitucionales.

C).- Las Garantías Sociales

Introducción

Antes de iniciar con el estudio correspondiente a las garantías sociales, recordemos que éstas han surgido a la vida política y jurídica del país a lo largo de nuestra historia revolucionaria haciendo su aparición a través de las luchas obreras y agrarias, ambas fuerzas sociales que motivaron grandes y significativos cambios estructurales en el sistema político que imperó hasta antes de la Revolución Mexicana, y que se había caracterizado por desconocer prerrogativas y derechos inalienables de trabajadores y campesinos, como lo son el derecho de huelga y a un trabajo decoroso y digno, así como el derecho a percibir un salario acorde con las mínimas y elementales necesidades individuales y familiares, y al mismo tiempo consentía, en el establecimiento de Tiendas de Raya y una organización casi esclavista que regía en las grandes haciendas mexicanas.

43. Lecciones de Garantías y Amparo, Juventino V. Castro, Editorial Porrúa, 1978. Pág.207.

44. Idem.

De tales acontecimientos sociales, surgen en el ánimo de pensadores, políticos, juristas y todos aquellos que sentían un compromiso con la Nación, ideas de cambio y mejoramiento social, apareciendo en el escenario jurídico disposiciones normativas consagradas en la Constitución Política de 1917, como lo fueron los artículos 27 y 123.

No es nuestra intención realizar un estudio profundo de los antecedentes históricos de la etapa revolucionaria ni mucho menos profundizar en los motivos legislativos que originaron el establecimiento de los derechos sociales referidos a las materias agrarias y laborales, nuestro pensamiento gira en torno a hacer mención que desde tiempos revolucionarios nuestro sistema político y jurídico, tomando en cuenta el acontecer social y las necesidades colectivas, ha consagrado ciertos derechos específicos, los cuales han originado en la clasificación Bipartida de nuestro Derecho una tercer clase que corresponde al ya conocido Derecho Social y, las Garantías Sociales que el mismo engloba, quedando aglutinados dentro de la misma los siguientes derechos:

- Derecho social:
- 1) Derecho del Trabajo
 - 2) Derecho Agrario
 - 3) Derecho Económico
 - 4) Derecho de la Seguridad Social
 - 5) Derecho de Asistencia
 - 6) Derecho Cultural

Así pues, nuestro objetivo, en la parte correspondiente a este capítulo, es el de establecer que debe entenderse por una garantía social, y cuales son las diferencias fundamentales entre garantías individuales y las garantías constitucionales en relación con las garantías sociales. Y por último y como secuencia lógica a nuestro planteamiento, determinar si el “Derecho a la Protección de la Salud” se ubica específicamente en alguna de las 3 clases de garantías antes mencionadas.

1.- Naturaleza Jurídica y definición de las Garantías Sociales

Durante nuestra investigación realizada en relación con las garantías sociales, nos encontramos que son varios los autores que coinciden en conceptualizar a éstas, como un conjunto de derechos protectores de determinados grupos sociales, los cuales poseen un interés público o social, que se hace valer frente al Estado o Autoridad Pública.

Iniciaremos refiriéndonos al pensamiento de **Diego Valades** que nos dice que “las garantías sociales protegen al hombre como integrante de un grupo social, y le aseguran un mínimo educativo y económico”. (45) Continuando con su concepto, señala que “a través de las garantías sociales se protege a los instrumentales inspiradas en la justicia social, desprovistas de rigorismos, fórmulas y lentitud de los procedimientos ordinarios, surgiendo un derecho Procesal Social, del cual forman parte los Procesos Laboral, Agrario y Asistencial”. (46)

45. Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Editorial Porrúa, Tomo IV, México 1985

46. Idem.

Por su parte el maestro **Noriega**, nos da una atinada postura al rechazar la idea “de que el derecho social no es sólo el obrero o un derecho especial destinado a proteger las clases desvalidas, afirma que es una nueva forma “estilística” del derecho en general, es un derecho de integración apoyado en el fenómeno de la comunión en la totalidad. Se tratan de los mismos derechos de la persona humana, pero que le corresponden en tanto que se encuentra vinculada a un grupo social determinado, y que tienen un contenido específico, o sea un deber que se impone al Estado”. (47)

De manera general compartimos el criterio del Maestro Noriega, y diferimos pues consideramos que *el Derecho Social sí constituye una nueva rama de nuestro sistema y ordenamiento legal, diferente de Derecho Público y del Derecho Privado, el cual ha venido a establecer prerrogativas y postulados protectores de cierto grupos sociales que en todos los ámbitos de la vida individual y colectiva se encuentran en notable desventaja.*

Así, el Maestro Ignacio Burgoa define a las garantías sociales realizando un análisis comparativo de los elementos que integran a las garantías individuales y sus diferencias con los supuestos constitutivos de las garantías sociales.

2.- Relaciones de otros conceptos Jurídicos con las Garantías Sociales.

Antes de examinar estos conceptos consideramos de gran utilidad mencionar algunos aspectos estrechamente vinculados con nuestro objeto de estudio y los cuales enumeramos a continuación:

- 1) Que debe entenderse por Interés Público
- 2) Cuáles son los Intereses Sociales
- 3) Que es Derecho Social y cómo definimos a los Derechos Sociales

Iniciaremos mencionando que el Interés Público:

“Es el conjunto de pretensiones relacionadas con las necesidades colectivas de los miembros de una comunidad y protegidos mediante la intervención directa y permanente del Estado”. (48)

Estas Pretensiones tienen un doble carácter:

- A) Son públicas cuando satisfacen intereses comunes.
- B) Y son privados cuando satisfacen intereses particulares.

“Las pretensiones públicas se caracterizan por ser compartidas por la sociedad en su totalidad, y de cuya satisfacción se originan beneficios para la comunidad. Todas estas pretensiones el nombre de públicas, siendo protegidas por el Estado no sólo a través de medidas legislativas sino por disposiciones de carácter administrativo “que integran una actividad permanente de los poderes públicos dirigidas a satisfacer las necesidades colectivas”. (49)

47. La Naturaleza de las Garantías Individuales en la Constitución de 1917. UNAM., Coordinación de Humanidades. 1967. Págs.114,115..

48. Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Editorial Porrúa, Tomo V, México 1985

49. Idem.

Nuestra legislación mexicana ha enunciado los casos y causas que se consideran de utilidad pública; contempladas –entre otras leyes--- en la Ley de Expropiación, en el Código Civil para el Distrito Federal, etc. considerando que éstas pueden llamarse de interés público entre las cuales se encuentran, la construcción de hospitales, y los procedimientos necesarios considerar que la satisfacción del interés público es la finalidad primordial de las diversas actividades reglamentadas por la Ley, que se conocen como servicios públicos. El artículo 23 de Ley Orgánica del Gobierno del Distrito Federal señala que:

“Para los efectos de esta ley, se entiende por servicio público la actividad organizada que se realice conforme a las leyes o reglamentos vigentes en el Distrito Federal con el tiende a satisfacer en forma continua, uniforme, regular y permanente necesidades de carácter colectivo. La prestación de estos servicios es de interés público.”

“La declaración oficial de que determinada actividad constituye un servicio público, implica que la prestación de dicho servicio es de utilidad pública. El Ejecutivo Federal podrá decretar la expropiación, limitación al dominio, servidumbre u ocupación temporal de los bienes que se requieran para la prestación del servicio”. (50)

Podemos anotar como ejemplos de actividades de **interés público** la Educación, el suministro de Energía Eléctrica, el Transporte Urbano y **la Salud**.

Encontramos opiniones en las cuales se sostiene que el interés público sólo lo constituyen las pretensiones del Estado tendientes a satisfacer sus necesidades como ente “moral” de derecho público, esto es, como Institución, por lo que entrarían sólo dentro de los intereses comunitarios o sociales las demás pretensiones.

Abordemos el siguiente concepto jurídico de los intereses sociales y su relación con las garantías sociales.

Por interés social:

nos dice el maestro **Burgoa** debe entenderse “el interés de la comunidad o colectividad humana”....., pero al poseer la sociedad una gama múltiple de individuos que la conforman, con diferentes modos de vida, diversos niveles de cultura y recreación y distintas necesidades económicas, políticas comunitarias y culturales, no encontramos ante un todo heterogéneo en el cual se presentan distintos y variados intereses que de acuerdo con su importancia en relación con los grupos, se van jerarquizando demográficamente. De este modo el maestro Burgoa nos explica los 3 tipos de Intereses sociales existentes:

- 1) Interés Federal o Público que como su nombre lo indica se ubica en la esfera Federal y constituye el Interés Nacional.
- 2) Interés Estatal o General que al constituirse cada Entidad como una persona moral de derecho público, con elementos humanos que la conforman, el interés de estas mayorías se traduce en el interés de las Entidades Federativas.
- 3) Interés Municipal o Común. Como sabemos, dentro de cada entidad estatal, existe como estructura fundamental del régimen administrativo el Municipio,

que al ser también una persona moral de derecho público, con una colectividad que le da sustento, los intereses de la misma, implican un interés social.

El maestro **Burgoa** expone una breve **clasificación de las modalidades que revisten los intereses sociales**, por lo que transcribimos, a fin de completar nuestro estudio. Dice el autor:

- 1) “Hay interés social cuando a través de medidas legislativas o administrativas se pretenda satisfacer alguna necesidad de que adolezcan los grupos mayoritarios de cualquier colectividad en las esferas antes mencionadas.
- 2) Opera el interés social cuando se trate de solucionar o de evitar algún problema de cualquier índole que afecte o vaya a afectar a dichos grupos.
- 3) Habrá interés social en la propensión de mejorar las condiciones vitales de dichos grupos”.(51)

Concluye su análisis con esta frase “Las Garantías Sociales pueden tener como contenido de preservación jurídica a cualquier tipo de interés social, siendo sus titulares los diferentes grupos humanos que mayoritariamente integran las colectividades dentro de los diversos niveles demográficos mencionados”.(52)

Sobre lo antes transcrito profundizaremos cuando abordemos al Derecho a la Protección de la Salud como una auténtica Garantía Social.

Por lo pronto mencionaremos el último concepto relacionado con las garantías sociales, antes de enumerar y desglosar los elementos constitutivos de éstas, y que es el referente al Derecho Social y a los Derechos Sociales.

Federico Jorge Gaxiola Moraila, en el estudio que realizó sobre el Derecho Social, nos comentó que este “es el conjunto de normas jurídicas que establecen y desarrollan diferentes principios y procedimientos protectores a favor de las personas, grupos y sectores de la sociedad, integrados por individuos socialmente débiles, para lograr su convivencia con las otras clases sociales, dentro de un orden jurídico”. (53)

Como mencionamos en nuestra parte introductoria, debido a la autonomía de los Derechos del Trabajo y Agrario, así como la separación del primero de ellos del Derecho Civil, fue necesario crear un ordenamiento jurídico acorde con las necesidades sociales; aunado a estos, también surgió la existencia de los Derechos Modernos como los son el Económico y el Cultural.

Se crea un conjunto de ordenamientos jurídicos con características peculiares y distintas a las otras dos ramas del Derecho, o sea el Público y el Privado, y las cuales a continuación anotamos:

- 1) El Derecho Social no es derecho específico e individualista, sino que va encaminando a los intereses de diversos grupos sociales, los cuales se encuentran bien definidos.
- 2) El Derecho Social, es eminente económico.
- 3) Pretende establecer un sistema de instituciones y controles que ayuden a lograr un cambio entre los conflictos de intereses de la sociedad y con ello lograr una colaboración social, pacífica y una convivencia justa.
- 4) Y por último, uno de sus más altos postulados, es que tiende a limitar las libertades individuales en pro del beneficio social.

51. Las Garantías Individuales Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México, 2005. Pág.s 722, 723.

52. Idem.

53. Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, Editorial Porrúa, Tomo III, México 1985..

Los derechos Sociales por si mismos, forman parte integral del Derecho Social, ya que estos son las normas jurídicas que dan sustento a este último y las cuales podemos definir bajo los siguientes términos: “Son las prerrogativas y pretensiones del ser humano individual o colectivamente considerado. Hoy día se les designa como derechos económicos sociales y culturales”. (54)

Los Derechos sociales (lato sensu), constituyen un grupo de derechos distintos tanto al de los derechos individuales o civiles, como a los derechos del ciudadano o políticos, y tienden a proteger a las personas humanas como integrantes de un grupo social. Este tipo de derechos, se caracteriza “por constituir prerrogativas y pretensiones que los ciudadanos individual y colectivamente pueden esgrimir frente a la actividad social y jurídica del Estado, es decir, implican el poder de exigir a éste determinadas prestaciones positivas”. (55)

Es importante destacar, que estos derechos reivindican las prerrogativas de una clase o categoría de individuos, y no así los derechos individuales, para lo cual se requiere la actividad reguladora del Estado.

A criterio de **Jesús Rodríguez y Rodríguez**, estos derechos, a pesar de consagrar prerrogativas de carácter colectivo en favor de determinados grupos sociales, su exigibilidad no es completa, ya que él mismo señala que “estos derechos no son pretensiones directas e inmediatamente exigibles, sino tan sólo, un programa de acción que cuando mucho legítima las presiones y reivindicaciones que sus titulares pueden llegar a ejercer sobre los diferentes órganos del poder público”. (56)

Concluye su posición anotando los derechos comprendidos en éste;

- 1) Derecho del Trabajo
- 2) Derecho de Asociación Sindical
- 3) Derecho de Seguridad Social
- 4) Derecho a un nivel de vida suficiente que incluye una alimentación vivienda, y una **SALUD adecuada**.
- 5) Derecho a la Educación
- 6) Derecho en materia cultural y científica. (artículos 3, 4, 6, 27, 123 apartados A y B Constitucionales).

Concluido lo anterior, es importante enumerar los preceptos similares y comunes que en cada una de las definiciones de los distintos conceptos encontramos en relación con las garantías sociales, resultando los siguientes:

- 1) Encontramos en todas las definiciones dadas por los diversos autores -- nota esencial en las garantías sociales -- a un conjunto de derechos protectores de determinados grupos sociales que por alguna razón se encuentran en desventaja frente a otros grupos.
- 2) Como segunda nota característica, la concepción general de tales autores, es que las garantías sociales han venido a conformar una serie de normas inspiradas en los principios de justicia social, y las cuales están desprovistas de formulas claras y rígidas, surgiendo de esta forma un Derecho Social y un Derecho Procesal Social.

54. Idem. Tomo III.

55. Idem.

56. Idem.

- 3) Por último es común en todas las acepciones de las garantías sociales encontrar un deber a cargo del Estado, obligación cuyo contenido específico se reduce en UN HACER por parte de éste.
- 4) Como punto fundamental de nuestra definición de garantía social debemos anotar que no sólo conforman a dichas garantías el derecho obrero o derecho del trabajo y el derecho agrario, que por ser los más discutidos y estudiados podría pensarse en que ambos son la única materia de estudio de estas mencionadas investigaciones, ya que nuestro objetivo es confirmar que el Derecho a la Protección de la Salud es otra garantía social más contemplada en nuestra Constitución.
- 5) Así pues, y en conjunción con lo anteriormente expuesto, destacan las características jurídicas del "Interés Público", ya que el mismo se traduce en un conjunto de satisfactores que corresponden o están o dentro de las actividades del Estado; y se cristalizan al otorgarse diversos beneficios para la comunidad.

Cabe hacer la siguiente reflexión consistente en declarar que las garantías sociales y específicamente la que a nosotros interesa: "el Derecho a la Protección de la Salud"; debe considerarse dentro de las causas de Interés público, debido a que como ya se comentó, los elementos jurídicos constitutivos de las mismas se adecuan con precisión a los requerimientos que -- de acuerdo a la doctrina y a nuestras disposiciones legales -- se establecen.

Más aún si consideramos que nuestro ordenamiento legal al referirse a las actividades de servicio público dispone que se consideran como tal "aquellas actividades que tienden a satisfacer en forma continua, uniforme, regular y permanente necesidades de carácter colectivo".

- 6) Ahora continuaremos con el "Interés Social"; el cual se traduce en la suma de todos aquellos elementos ideales o circunstancias asimiles de una sociedad o colectividad, con la finalidad de obtener un beneficio colectivo.

Retomemos el pensamiento del maestro Burgoa al respecto en el sentido de que las garantías sociales tienen como premisa jurídica cualquier tipo de interés social.

- 7) Para finalizar abordaremos los dos últimos conceptos estudiados al paso de este trabajo; el Derecho Social y los Derechos Sociales.

Al respecto podemos decir que el primero de ellos puede ser considerado como el género y el segundo la especie, ya quien es por nosotros reconocido el Derecho Social como integrante de la tercera Rama de nuestro Derecho Positivo Mexicano, coexistiendo con el Derecho Público y el Derecho Privado. Por ende, es generador de una serie de normas jurídicas de carácter general y contenido social, en otras palabras, generador de los derechos sociales.

Por otra parte, ya mencionamos que los derechos sociales son una serie de prerrogativas de carácter tanto social como económicas y culturales, reconocidas al ser humano de forma individual o en forma colectiva, mismas que se hacen valer frente a los órganos del Estado.

Esto implica un poder de exigencia y requerimiento.

Por otro lado y para finalizar este apartado, bien podríamos señalar que las garantías sociales en cuanto a su **contenido dogmático** no difieren de los derechos sociales; por tanto, resulta adecuado a nuestro criterio equiparar a las Garantías Sociales con los Derechos Sociales; ambas fundamento jurídico y base piramidal sobre la que se edifica el Derecho social en General.

3.- Estudio de los elementos que conforman a las Garantías Sociales.

Las garantías sociales, según el criterio del Maestro Burgoa, y al igual que las garantías individuales, suelen dividirse en los siguientes incisos:

- I) Sujetos y,
- II) Objeto.

Y a fin de continuar con la explicación de cada uno de ellos: diremos que en opinión de Burgoa “Las Garantías Sociales también se revelan como una relación jurídica con elementos distintos de las Garantías Individuales; ya que **los sujetos del vínculo jurídico en que se traducen éstos, son por un lado, las clases sociales carentes del poder económico o de los medios de producción y en general los grupos colocados en situación o situadas en bonancible posición económica**”. (57)

Es visible que la anterior definición tiene como sustento un proceso material eminentemente productivo, concepción parcialmente validas, pues si esta fuese la base , dejaríamos fuera el valor y la dignidad que como seres humanos tienen aquellos grupos menos privilegiados, económicamente hablando, pues no solo deben ser considerados como apoyo de los favorecidos, explotando las carencias económicas de los primeros, pues el hombre no sólo se ve rodeado de elementos materiales que determinan su existencia y su capacidad para enfrentarse a los diversos problemas que puedan presentarse, sino que también es imprescindible mirar a través de los prismas de la educación, la cultura, la recreación y sobre todo la Salud de cada individuo, todos ellos, elementos conformadores de esa integridad e identidad del ser humano; sea de forma individual o colectiva.

Creemos que el pensamiento de nuestro autor es acertado en cuanto que hace una clara diferenciación entre los dos tipos de garantías que tratamos, sin embargo sostenemos que su concepción es restringida al dirigir sus ideas sólo a la clase obrera o trabajadora, así como la gente del campo,

Hoy en día el Derecho Social ha cobrado un interés de gran valor, especialmente por el momento histórico – político y cultural que nuestro país vive, pues determina el camino de esta nación. Aparecen resueltos a demandar a nivel nacional una pronta y certera dirección, proyección y solución. Dentro de estas demandas está el Derecho a la Protección de la Salud.

- 1) Sujetos

57. Las Garantías Individuales Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México, 2005. Págs. 705, 723.

Distinción entre el Sujeto Activo y al Sujeto Pasivo de la relación jurídica.

Como Sujetos Activos encontramos a todo grupo social que por razones educativas, culturales, económicas, recreativas laborales y de carácter sanitario, se encuentran en desventaja frente a otros grupos.

Entonces los Sujetos Pasivos de nuestra relación lo serán todas aquellas comunidades detentadoras de los medios indispensables para satisfacer las necesidades arriba anotadas.

2) Objeto

Por lo que hace el objeto de nuestra relación jurídica, ésta es la existencia de derechos y obligaciones para sus sujetos que para el caso concreto que nos ocupa, se deben otorgan los derechos a los sujetos activos y se transfieren las obligaciones a los sujetos pasivos.

Sin embargo, en paginas anteriores hemos hablado que las garantías sociales entrañan un poder de requerimiento a cargo del Estado, el cual tiene la obligación de llevar a cabo ciertas actuaciones que den cumplimiento a lo establecido en las diferentes normas jurídicas.

Por esto, expondremos qué tipo de relación se establece entre el Estado y los sujetos de Relación Jurídica.

4.- Relación Jurídica entre el Estado y las Garantías Sociales

Las actividades que el Estado preponderantemente realiza, respecto de las garantías sociales son **la vigilancia, intermediación y fiscalización**; todo aquello se da cuando el Estado a través de sus Autoridades y en ejercicio de sus facultades, vela por el cumplimiento de las modalidades económicas y jurídicas de la relación de derecho en que se ostentan las prerrogativas sociales, en otras palabras, la ingerencia del Estado se traduce en vigilar que las relaciones pactadas entre los sujetos de la relación no sufran alteraciones que conduzcan al menoscabo de las garantías sociales consignadas en la Constitución.

En caso de que alguna prerrogativa se viese violada, el Estado es el encargado de restituir la situación jurídica a la forma en que se encontraban las cosas antes de surgir la alteración, para lo cual, él mismo anulara o nulificara cualquier acto, a fin de que no produzca consecuencias de derecho.

Este conjunto de facultades como mencionábamos en las líneas anteriores, poseen ciertas características específicas y las cuales enumeramos:

- 1) Son Preventivas, ya que evitan que se formen relaciones entre los sujetos que conlleven a un menoscabo de los derechos y obligaciones recíprocos.
- 2) Es sancionadora en base a la declaración de nulidad de pleno derecho de estas relaciones, si las mismas estuviesen afectadas.
- 3) Es fiscalizadora por lo que respecta a las inspecciones que realiza, a fin de constatar se cumplan todos los requerimientos de Ley.

A este régimen de le conoce como: Intervencionismo Estatal.

Muy a pesar nuestro, consideramos que la relación que guarda el Estado frente a nuestros derechos sociales es pobre y carente de una mayor organización y estructuración, aunque éste no es el capítulo relativo al análisis de las medidas concretas que el Estado ha adoptado a partir de 1983 con la Reforma Constitucional al III párrafo del artículo 4, en materia de Salud, queremos adelantarnos al mismo para indicar que el objetivo primordial de tal cambio fue originado por el latente interés de consagrar una de las necesidades populares de mayor trascendencia para nuestro pueblo mexicano, como lo es la Salud de todos los nacionales, elevando al Rango de Garantía Constitucional el mencionado Derecho a la Protección de la Salud; llevando con ello a una de las premisas de mayor importancia que el Estado ha marcado en reiteradas ocasiones al tratar sobre tal problemática: **lograr que en un corto y mediano plazo todos los mexicanos puedan recibir una atención médica calificada**, y tener así acceso a Instituciones de Salud que cuenten con la infraestructura adecuada para la mejor prestación de tales servicios.

Sin embargo, como hemos reiterado, los objetivos a cumplir por nuestras autoridades están muy lejos de verse realizadas, debido en primer término al sistema de organización y estructuración que rige en nuestro país, pues en el mismo --con exclusión de las Instituciones del Gobierno que prestan servicios de salud a la población obrera o trabajadora como el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, e Instituciones de Salud específicas como las referentes a Petróleos Mexicanos, o las que dan atención a la Armada y Fuerza Mexicana--, el resto de la población no cuenta con un sistema de salud que proporcione atención preventiva y curativa, **pues ni el SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN LA SALUD "SEGURO POPULAR"** puede cubrir o satisfacer tal necesidad.

La gran mayoría de mexicanos carecen de recursos económicos suficientes para costear los servicios requeridos en materia de Salud; y el Sistema de salud implementado en el sexenio del Presidente Fox es inoperante por las razones que mas adelante expondremos, en especial porque tal servicio de origen no es gratuito, esto es, no hay servicio de salud en nuestro país netamente gratuito.

Pero todas estas cuestiones serán tratadas en capítulos posteriores, donde daremos a conocer el marco jurídico en el que nuestro sistema nacional de salud ha fincado sus bases y cual es nuestra situación sanitaria y las deficiencias actuales en la legislación existente sobre la materia.

Es momento de abordar el último punto de nuestro capítulo, referente a establecer si las Garantías Individuales y sociales cuentan con algunas semejanza entre ellas, y una vez resuelto este punto, podemos concluir a qué clase de Garantía pertenece el Derecho a la Protección de la Salud y sus principales características.

5.- Las Garantías Sociales e individuales. Semejanzas y diferencias

Muy discutido ha sido el tema que nos ocupa ya que los criterios sustentados por los distintos autores versa sobre la disyuntiva de que si las garantías individuales son incompatibles con las sociales y viceversa; a pesar de ello y de acuerdo a lo que hemos

expuesto a lo largo del capítulo, resulta un tanto difícil encontrar la respuesta a tales interrogantes. Trataremos de responder en los siguientes términos:

1). Para resolver el problema planteado debemos atender en primer termino a la naturaleza jurídica de ambas garantías si se pretende enunciar que las dos garantías sustancialmente son semejantes en atención a los elementos que las conforman; encontraremos una evidente contradicción ya que “cuando se afirma y niega al mismo tiempo un predicado respecto de una misma cosa y en relación con una semejante situación” generalmente estaremos en presencia de una contradicción.

Pero si por el contrario, consideramos que ambas garantías son jurídica y sustancialmente distintas, con relaciones jurídicas diversas, y dotadas de elementos disímiles, entonces no habrá lugar a contradicción alguna.

2). Establecida esta diferencia, diremos que las garantías individuales implican una relación de derecho entre dos sujetos, el activo que son todos los Gobernados y el pasivo que es el Estado y sus autoridades, destacando principalmente los derechos y obligaciones que de ella se derivan y que persiguen; en especial el Estado, y que se traduce en proteger al sujeto como gobernado frente a las actividades abusivas y arbitrarias de las autoridades que son las depositarias de la actividad Estatal Soberana, haciéndose extensiva esta garantía a toda persona con independencia de su condición particular.

3). En cuanto a las garantías sociales, también estas implican una relación de derecho entre dos sujetos; uno de ellos activo y el otro pasivo, sólo que aquí encontramos la primer y gran diferencia; ya que ambos sujetos se refieren a dos clases Sociales distintas; la primera es aquella que se encuentra en notable desventaja económica, cultural, educativa, social, etc., y la segunda la poseedora de todos estos satisfactores y no sólo económicamente hablando, por consiguiente se derivan de dicha relación de derechos y obligaciones una modalidad específica: el Estado adquiere el compromiso de establecer un régimen jurídico, constitucional y legal de preservación, consolidación, y mejoramiento de las condiciones económicas, culturales, y sociales de la población en general.

4). No debemos olvidar que los intereses sociales juegan un importante papel en relación con las garantías sociales siendo aquellos el objeto de preservación e incluso de manipulación de éstas últimas, y es aquí donde claramente vemos constituirse al Derecho a la Salud como materia de Interés Social.

6.-El derecho a la Protección de la Salud como una Auténtica Garantía Individual y Social.

El maestro Burgoa, al referirse a los intereses sociales hace resaltar 3 importantes notas características de los mismos, las cuales nos dan la base para sustentar al Derecho a la Salud como garantía social, a continuación explicaremos en que consiste cada una de estas características.

1.- En primer lugar, nos dice Burgoa que existe un interés social “cuando a través de medidas legislativas o administrativas se pretende satisfacer alguna necesidad de que adolezcan los grupos mayoritarios de cualquier colectividad en las diferentes esferas que hemos indicado”. (58)

58. Idem. Págs. 704 a 706

La respuesta es clara a nuestra interrogante planteada al inicio del capítulo, al revisar la exposición de motivos correspondiente a la **iniciativa de adición al artículo 4 Constitucional** la cual menciona entre otros aspectos que “.... Los gobiernos de la Revolución han estado atentos a destinar a la salud, los mayores recursos posibles y a continuar la tarea permanente de modernizar la legislación sanitaria. La rica y basta legislación se ocupa ya de cuestiones que inicialmente no eran contempladas por la norma sanitaria, como son la prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos, disposición de órganos, tejidos y cadáveres, control de alimentos, bebidas y medicamentos, estupefacientes y psicotrópicos, protección de la salud de la niñez y de los ancianos, mejoramiento y cuidado del medio ambiente”.(59).

Tal iniciativa señala también: “La medicina preventiva y la educación para la salud empiezan a encontrar en los medios de comunicación masiva, el instrumento idóneo para penetrar en la sociedad y habilitarla para el cuidado de la salud. La custodia, restauración y mejoramiento de la salud no es tarea que pueda eficazmente atender el Estado, sino concurren los propios interesados, se trata de una responsabilidad que atañe a todos y cada uno de los mexicanos y que está estrechamente vinculada a lo cultural”.....

“Si lo avanzado es satisfactorio para la Nación, no puede dejarse de reconocer que aún se aprecian graves carencias, que no por antiguas son menos lacerantes; todavía no se alcanza el objetivo de la plena cobertura, en algunas áreas existe un manejo dispendioso de recursos y una operación desarticulada, más advierte una dolorosa discriminación en el campo de la salud, la calidad de los servicios varía radicalmente de una institución a otra y de región”.

“No hemos sido capaces de establecer un Sistema Nacional de Salud que responda a la demanda popular de una vida sana”. Y concluye la iniciativa con las siguientes palabras: “Esa descoordinación ha conducido a que todavía no se opere cabalmente ni se cumpla con uno de los elementos primarios de cualquier sistema de salud: El Cuadro Básico de Medicamentos. Tal carencia lleva al menoscabo de la economía de los ciudadanos y de las finanzas públicas, provoca rezaque de la industria farmacéutica nacional y la dependencia del exterior.”

Esos factores que se nos mostraron con toda su crudeza en la campaña política que emprendimos para lograr el voto ciudadano, nos ha llevado a la convicción de que es necesario valorar el rango de garantía constitucional, individual y social del derecho a la protección de la Salud, consagrándolo en el artículo 4 de nuestra Magna como una nueva garantía social (60).

2.- Nuestra segunda nota, menciona que “opera el interés social cuando se trate de solucionar o de evitar algún problema de cualquier índole que afecte o vaya a afectar a dichos grupos” (61). Al respecto diremos que abundan los problemas sanitarios entre la población mexicana, afectando de hecho la integridad física y mental del individuo por ende deteriorando la estructura colectiva y la vida nacional. Sin ir muy lejos, las epidemias que se han presentado al paso del tiempo, son una muestra clara y contundente que nuestro sistema de medicina preventiva carece de estructuración, organización, y medios materiales y humanos suficientemente competitivos para contrarrestar o evitar que se presenten problemas tan graves como este.

59. Las Garantías Individuales Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México, 1986. Pág. 172

60. Idem.

61. Idem.

3.- Y por último nos dice Burgoa que “habrá interés social en la propensión de mejorar las condiciones vitales de dichos grupos” (62). He aquí una tarea ardua para nuestras autoridades gubernamentales en el sentido de cubrir en el plazo mediano o largo, las necesidades de la población a través de medidas de carácter legislativo y administrativo: Por nuestra parte el objetivo en el presente trabajo de investigación será estudiar a fondo si tales medidas y directrices marcadas por el gobierno mexicano; iniciando con la propia reforma constitucional y pasando por las reformas a la Ley General de Salud, son viables y adecuadas a la realidad social, económica, pluricultural, política y tecnología del país realizando una crítica de la misma y aportando nuevas ideas que ayuden al fortalecimiento del **DERECHO A LA SALUD** y al aseguramiento legal de que tal derecho termine siendo una **AUTENTICA GARANTIA CONSTITUCIONAL**, sea individual o social. **(Ver figura 12, pág. 50)**

Para concluir por nuestra parte, indicaremos que por el texto constitucional, por las características propias de la garantía individual, las de la garantía social, las del derecho a la salud, sumadas a la imposibilidad del Estado -- a través de su gobierno -- de garantizar un resultado satisfactorio y real frente al gobernado sobre la prestación del servicio de Salud, reafirmamos que al día de hoy el Derecho a la Salud no es una Garantía Constitucional como tal.

62. Idem.

7.- Marco resumido sobre los diversos conceptos de derechos humanos, civiles, individuales, de los gobernados, públicos subjetivos, garantías individuales y constitucionales en busca de un concepto unívoco.

Figuras 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11. (Señaladas en la página 42)

Figura 5

DIVERSOS CONCEPTOS SOBRE DERECHOS HUMANOS, CIVILES, INDIVIDUALES, DE LOS GOBERNADOS, PUBLICOS SUBJETIVOS, GARANTIAS INDIVIDUALES, INSTITUCIONALES Y CONSTITUCIONALES EN BUSCA DE UN CONCEPTO UNIVOCO(1)

AUTOR O TRATADISTA	TEORIA	POSICION DEL ESTADO Y DEL GOBERNADO		
ARISTOTELES	LA CONSTITUCION ES "EL SER DEL ESTADO", QUE ATAÑE TANTO A LAS ATRIBUCIONES Y LIMITES DE LA AUTORIDAD COMO A LOS DERECHOS DEL HOMBRE Y DEL PUEBLO			
JELLINEK	LAS GARANTIAS SE DIVIDEN EN 3 SOCIALES: RELIGION, COSTUMBRE Y FUERZAS CULTURALES POLITICAS: ORG Y FUNC DEL ESTADO Y DIVISION DE PODERES JURIDICAS: SISTEMAS DE FISCALIZACION DE LOS ORG ESTATALES DE RESP OFICIAL, DE JURISIDICCION Y DE LOS MEDIOS PARA HACER EFECTIVAS LAS NORMAS DE DERECHO OBJETIVO			
KELSEN	LAS GARANTIAS DE LA CONSTITUCION SON LOS MEDIOS PARA ASEGURAR EL IMPERIO DE LA LEY FUNDAMENTAL FRENTE A LAS NORMAS JURIDICAS SECUNDARIAS PARA GARANTIZAR EL QUE UNA NORMA INFERIRO SE AJUSTE A LA NORMA SUPERIOR QUE DETERMINA SU CREACION O CONTENIDO DA A LAS GARANTIAS LA CALIDAD DE MEDIOS JURIDICOS CONFUNDIENDOLAS CON EL TERMINO PROPIO DE CONSTITUCION			
CARL SCHMITT	LAS GARANTIAS INSTITUCIONALES SON LAS QUE SIN SER CONSTITUCIONALES (POR NO REFERIRSE A LA ESTRUCTURA DEL ESTADO) NI A LOS DERECHOS HUMANOS HAN SIDO INCLUIDAS EN LA LEY SUPREMA PARA DARLES MAYOR SOLIDEZ			
AURORA ARNAIZ AMIGO	LA CONSTITUCION EXPRESA, LOS SISTEMAS, LOS REGIMENES Y LAS ESTRUCTURAS DE LA SOCIEEDAD EN ACCIÓN, ORGANIZA LA SUPREMA INSTITUCION POLITICA QUE HOY DIA SE DENOMINA ESTADO			

Figura 6

DIVERSOS CONCEPTOS SOBRE DERECHOS HUMANOS, CIVILES, INDIVIDUALES, DE LOS GOBERNADOS,
PUBLICOS SUBJETIVOS, GARANTIAS INDIVIDUALES, INSTITUCIONALES Y CONSTITUCIONALES EN BUSCA
DE UN CONCEPTO UNIVOCO (2)

IGNACIO BURGOA	<p>LOS DERECHOS CONSTITUCIONALES, LOS DERECHOS DEL HOMBRE, Y LAS GARANTIAS INDIVIDUALES, SON DERECHOS NATURALES INHERENTES A LA PERSONA HUMANA, EN VIRTUD DE SU PROPIA NATURALEZA, Y LA NATURALEZA DE LAS COSAS QUE EL ESTADO DEBE RECONOCER, RESPETAR Y PROTEGER, MEDIANTE LA CREACION DE UN ORDEN JURIDICO Y SOCIAL QUE PERMITE EL LIBRE DESENVOLVIMIENTO DE LAS PERSONAS DE ACUERDO CON SU PROPIA Y NATURAL VOCACION, INDIVIDUAL Y SOCIAL</p> <p>LAS OBLIGACIONES DEL ESTADO TIENEN SU FUNDAMENTO EN EL PRINCIPIO DE JURIDICIDAD, QUE IMPLICA LA INELUDIBLE SUBORDINACION DE TODOS LOS ACTOS DEL PODER PUBLICO A NORMAS JURIDICAS PRE-ESTABLECIDAS</p> <p>LAS GARANTIAS INDIVIDUALES SE TRADUCEN EN UNA RELACION DE DERECHO EXISTENTE ENTRE GOBERNADO (P. FISICA O MORAL) Y EL ESTADO COMO ENTIDAD JURIDICA Y POLITICA CON PERSONALIDAD PROPIA, Y SUS AUTORIDADES CUYAS ACTIVIDADES SON DESEMPEÑADAS EN EJERCICIO DEL PODER Y EN REPRESENTACION DEL ESTADO</p> <p>LAS GARANTIAS INDIVIDUALES SON EXIGENCIAS INELUDIBLES QUE DEBEN OBSERVAR TODO ACTO DE AUTORIDAD PARA SER CONSTITUCIONALMENTE VALIDO FRENTE AL SUJETO LLAMADO GOBERNADO</p> <p>TODOS LOS ACTOS DE AUTORIDAD QUE SE REALICEN EN RELACION CON LOS SUJETOS MENSIONADOS, DEBEN OBSERVAR LAS EXIGENCIAS, PROHIBICIONES, REQUISITOS Y CONDICIONES QUE SEÑALAN LOS PRECEPTOS CONSTITUCIONALES</p>		
JUVENTINO V. CASTRO	<p>GARANTIAS CONSTITUCIONALES (DERECHOS PUBLICOS SUBJETIVOS) SON LAS LIMITACIONES QUE SE IMPONE EL ESTADO CON EL FIN DE FAVORECER EL LIBRE DESENVOLVIMIENTO DE LAS ACITIVDADES SOCIALES DE LOS INDIVIDUOS. (SIN ACEPTAR UN ESPIRITU METAFISICO PUES LAS NORMAS PERTENECEN A UN MUNDO EMPIRICO</p>		

Figura 7

DIVERSOS CONCEPTOS SOBRE DERECHOS HUMANOS, CIVILES, INDIVIDUALES, DE LOS GOBERNADOS, PUBLICOS SUBJETIVOS, GARANTIAS INDIVIDUALES, INSTITUCIONALES Y CONSTITUCIONALES EN BUSCA DE UN CONCEPTO UNIVOCO(3)

JORGE CARPIZO	GARANTIAS CONSTITUCIONALES SON LAS FACULTADES OTORGADAS AL SENADO		
JUAN ANTONIO DIEZ QUINTANA	<p>LAS GARANTIAS INDIVIDUALES COMO TAL TIENEN UN CONCEPTO EQUIVOCADO, SI PARTIMOS DEL VOCABLO QUE DA ORIGEN A ELLAS Y SI CONSIDERAMOS QUE NO ES VIABLE LA EXIGIBILIDAD DE LAS MISMAS AL ESTADO.</p> <p>POR LO TANTO, SON DERECHOS PUBLICOS SUBJETIVOS ENCAMINADOS Y APAREJADOS A LA POSIBILIDAD DE EXIGENCIA DEL GOBERNADO FRENTE AL EJERCICIO DEL PODER.</p> <p>SE EXIGE LA PROTECCION REAL DE LOS GOBERNADOS FRENTE AL EJERCICIO DEL PODER, BAJO LOS PRINCIPIOS DE LIBERTAD, IGUALDAD, PROPIEDAD, LEGALIDAD Y SEGURIDAD JURIDICA.</p> <p>DERIVADO DE SUS PLANTREAMIENTOS COMO UNA MAL DENOMINACION A LAS PERSONAS MORALES Y SUMADO A SU PRECISION SOBRE LOS DERECHOS SUBJETIVOS, PODEMOS DEDUCIR QUE EN TAL SENTIDO POR LO QUE HACE A LAS GARANTIAS INDIVIDUALES BIEN PODRIAN SER LLAMADAS GARANTIAS DEL GOBIERNO, EN FUNCION DE LA RELACION EXISTENTE ENTRE LOS PARTICULARES Y EL ESTADO, SEAN PERSONAS FISICAS O JURIDICAS (MORALES)</p>	<p>EL ESTADO ESTA OBLIGADO A PROTEGER AL GOBERNADO EN TEORIA CUENTA CON TODA LA SEGURIDAD JURIDICA QUE NACE DEL RESPETO A LOS DERECHOS PUBLICOS ENMARCADOS EN LA CONSTITUCION FEDERAL</p>	

Figura 8

VERSOS CONCEPTOS SOBRE DERECHOS HUMANOS, CIVILES, INDIVIDUALES, DE LOS GOBERNADOS, PUBLICOS SUBJETIVOS, GARANTIAS INDIVIDUALES, INSTITUCIONALES Y CONSTITUCIONALES EN BUSCA DE UN CONCEPTO UNIVOCO(4)

FIX ZAMUDIO	<p>LAS GARANTIAS INDIVIDUALES Y CONSTITUCIONALES SON LO MISMO, Y SEÑALA QUE SON LOS DERECHOS FUNDAMENTALES RECONOCIDOS O GARANTIZADOS POR LA CONSTITUCION. SOLO PUEDEN ESTIMARSE COMO VERDADERAS GARANTIAS, LOS MEDIOS JURIDICOS PARA HACER EFECTIVOS LOS MANDATOS CONSTITUCIONALES. CLASIFICA EN 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> * FUNDAMENTALES: -- INDIVIDUALES, SOCIALES, INSTITUCIONALES * DE CONSTITUCION: -- SON LOS 3 PROCESOS ESTABLECIDOS POR LOS ARTICULOS 103, 105 Y 111. <p>(EN TAL SENTIDO CONSIDERAMOS NECESARIO INCLUIR 107, 108 109 Y 110 DE LA CONSTITUCION FEDERAL)</p> <p>CLASIFICA A LAS GARANTIAS INDIVIDUALES EN 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> * EL JUICIO POLITICO Y RESPONSABILIDAD PARA ALTOS FUNCIONARIOS DE LA FEDERACION • CONFLICTOS JURIDICOS ENTRE LOS PODERES DE UN ESTADO SOBRE LA CONSTITUCIONALIDAD DE SUS ACTOS, ENTRE 2 O MAS ESTADOS, O ENTRE ESTOS Y LA FEDERACION, LOS CUALES SON RESUELTOS POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA • EL JUICIO DE AMPARO * PROCEDIMIENTOS INVESTIGATORIOS A QUE HACEN ALUSIÓN LOS PARRAFOS 3º Y 4º DEL ARTICULO 97 		
GARCIA MAYNEZ	<p>EN CORRELACION CON NORIEGA SEÑALA QUE LA POSITIVIDAD ES UN HECHO QUE ESTRIBA EN LA OBSERVANCIA DE CUALQUIER PRECEPTO, VIGENTE O NO. LA COSTUMBRE NO ACEPTADA POR LA AUTORIDAD POLITICA ES DERECHO POSITIVO QUE CARECE DE VALIDEZ FORMAL</p> <p>LA EXISTENCIA DE LAS GARANTIAS SE DA EN UNA TEORIA POSITIVA DEL ESTADO, Y EL DERECHO POSITIVO SURGE INVARIABLEMENTE COMO PRODUCTO DE LA ACTIVIDAD HUMANA, SEA A TRAVES DE CONDUCTAS ESTABLECIDAS POR EL ORDEN JURIDICO COMO PRODUCTORAS DE NORMAS O BASADA EN LA ACTIVIDAD HUMANA EN GRAL</p>		
OCTAVIO A. HERNANDEZ	<p>CLASIFICA LAS GARANTIAS INDIVIDUALES COMO EL MAESTRO FIX ZAMUDIO, CONSIDERANDO QUE DEBE SUMARSE UNA MAS A LAS 4 REFERIDAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> * PROCEDIMIENTO DE SUSPENSION DE LAS GARANTIAS SEGÚN EL ARTICULO 20 CONSTITUCIONAL 		

Figura 9

DIVERSOS CONCEPTOS SOBRE DERECHOS HUMANOS, CIVILES, INDIVIDUALES, DE LOS GOBERNADOS, PUBLICOS SUBJETIVOS, GARANTIAS INDIVIDUALES, INSTITUCIONALES Y CONSTITUCIONALES EN BUSCA DE UN CONCEPTO UNIVOCO(5)

NORIEGA	ADOPTA UN CRITERIO ECLECTICO Y SEÑALA QUE LOS DERECHOS CONSTITUCIONALES, LOS DEL HOMBRE Y LAS GARANTIAS INDIVIDUALES, SON DERECHOS INHERENTES A LA PERSONA HUMANA, EN VIRTUD DE SU PROPIA NATURALEZA, Y LA NATURALEZA DE LAS COSAS QUE EL ESTADO DEBE RECONOCER, RESPETAR Y PROTEGER, MEDIANTE LA CREACION DE UN ORDEN JURIDICO Y SOCIAL QUE PERMITE EL LIBRE DESENVOLVIMIENTO DE LAS PERSONAS DE ACUERDO CON SU PROPIA Y NATURAL VOCACION, INDIVIDUAL Y SOCIAL		
JOSE LUIS SOBERANES FERNANDEZ	CONSIDERA QUE LAS GARANTIAS INDIVIDUALES ENGOBAN TODOS LOS MEDIOS PROCESALES TENDIENTES A CONSERVAR Y RESTITUIR EL ORDEN CONSTITUCIONAL, SIN QUE ELLO REFIERA EXCLUSIVAMENTE A LOS PRINCIPIOS Y PRERROGATIVAS ESTABLECIDAS EN LOS PRIMEROS 29 ARTÍCULOS DE LA CONSTITUCION FEDERAL. EL ORDEN CONSTITUCIONAL SIEMPRE CORRERA EL RIESGO DE SER VIOLENTADO POR CUALQUIER AUTORIDAD SEA POLITICA, JUDICIAL, ADMINISTRATIVA E INCLUSO LEGISLATIVA		
POSICION PERSONAL	DEBEMOS PARTIR DE LA EXISTENCIA DE LOS DERECHOS NATURALES DEL SER HUMANO, DEBEMOS ENTENDER QUE TALES DERECHOS NATURALES SON PRERROGATIVAS AUTENTICAS DE SU SER SUJETAS A SU VALIDEZ MEDIANTE UN ORDEN JURIDICO, AMBAS CONCATENADAS, ESTO ES, UNA NO VIVE SIN LA OTRA. LOS DERECHOS NATURALES SE CONVIERTEN EN DERECHOS PUBLICOS SUBJETIVOS AL ESTAR CONTEMPLADOS EN UN ORDENANAMIENTO JURIDICO POSITIVO. COMO EN MUCHOS CASOS, NO ES POSIBLE PLASMAR TODOS LOS DERECHOS PUBLICOS SUBJETIVOS Y POR OTRO LADO HA RESULTADO MAS CLARO PARA LA SOCIEDAD ENTENDERLOS COMO GARANTIAS (EN SUS DIVERSOS TIPOS). POR LO TANTO, PARA QUE SEAN CONSIDERADAS Y FUNDAMENTADAS EN LOS DIVERSOS ORDENES JURIDICOS COMO GARANTIAS, DEBEN COEXISTIR NECESARIAMENTE CON EL MECANISMO PROCESAL U ORGANICO PARA EXIGIR AL ESTADO SU CUMPLIMIENTO. ESTO DISTA MUCHO DEL JUICIO DE AMPARO, PUES ESTE ULTIMO TIENE COMO OBJETIVO PROTEGER AL GOBERNADO UNA VEZ QUE SE HA GENERADO UNA VIOLACION DE SUS GARANTIAS. ESTE JUICIO ESTA LEJOS DE LA EXISTENCIA DE MECANISMOS DE CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL ESTADO, ESPECIALMENTE PREVENTIVOS, PARA PROTECCION DEL SER HUMANO, SEAN POR INCUMPLIMIENTO O POR VIOLACION PROPIAMENTE DICHA (JUICIO DE GARANTIAS)		

Figura 10

DIVERSOS CONCEPTOS SOBRE DERECHOS HUMANOS, CIVILES, INDIVIDUALES, DE LOS GOBERNADOS,
PUBLICOS SUBJETIVOS, GARANTIAS INDIVIDUALES, INSTITUCIONALES Y CONSTITUCIONALES EN BUSCA
DE UN CONCEPTO UNIVOCO(6)
CONCLUSION "Parte A"

<p>DERECHOS CIVILES" Las prerrogativas básicas y Libertades fundamentales, reconocidas y garantizadas a todo ser humano, por el solo hecho de serlo, donde quiera que se encuentre y sin distinción de ninguna especie. También se les ha denominado Derechos Individuales". (14)</p> <p>En nuestro Estado Moderno de Derecho, éstos tienden a proteger la existencia, libertad, dignidad e integridad física y moral de la persona; comprendiendo en forma general los derechos a la vida, a la expresión, a la asociación y libre circulación, el derecho a un juicio regular, a no ser torturado, derecho a la libertad de creencias y para el caso que estudiaremos en este breve trabajo, a la SALUD, entre otros.</p>	<p>En la mayoría de las Constituciones Occidentales, la forma de identificar estos derechos, se da en 4 grupos; división que atiende al objeto o contenido de los mismos y que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> Declaración de Derechos. Garantías Individuales. Derechos del pueblo. Derechos Individuales.
<p>DERECHOS HUMANOS" el conjunto de facultades, prerrogativas, libertades y prestaciones de carácter civil, político, económico, social y cultural, incluidos los recursos y mecanismos de garantía de todos ellos, que se reconocen al ser humano, considerados individual y colectivamente". (15)</p> <p>A través de la historia en México, los derechos humanos han cobrado importancia, y su conceptualización se ha visto sujeta a cambios. La evolución del hombre y del Derecho en nuestro país, nos ha llevado a demandar el respeto que el Estado debe tener frente a una esfera de libertad y autonomía del ser humano.</p>	<p>Los Derechos Humanos, han adoptado la forma de Declaraciones de los Derechos y Libertades Fundamentales de las Personas; en las Constituciones de la gran mayoría de los países, incluyendo la nuestra, tales declaraciones han recibido los nombres siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Declaración de Derechos Garantías Individuales Derechos del Pueblo Derechos Individuales <p>Cabe hacer notar, que forma parte integral de tales declaraciones los mecanismos, recursos o procedimientos previstos, para la defensa de los Derechos Humanos.</p>
<p>DERECHOS INDIVIDUALES (DESDE EL SIGLO XVIII) "Son las facultades y libertades esenciales e inalienables del hombre individualmente considerado, También se les denomina hoy en día, con la expresión de derechos civiles y en el ordenamiento Constitucional Mexicano, se agrupan bajo el rubro de Garantías Individuales". (16)</p> <p>Estos derechos, han sido entendidos, sólo referentes al hombre como individuo y ciudadano en relación con las concepciones jus-naturalistas y liberales que han caracterizado a las declaraciones proclamadas y a las Constituciones promulgadas durante el último cuarto del siglo XVIII. En efecto, las formulaciones jurídicas de estos derechos, como verdadera prerrogativas de carácter inalienable, han constituido el principio y contenido de diversas "Declaraciones de Derechos" que se han consignado a lo largo de la historia.</p>	<p>Declaración de Derechos del Estado de Virginia" el 12 de junio de 1776, siguiéndole a ésta,</p> <p>"La Declaración de Independencia de los Estados Unidos de América" el 4 de julio de 1776, posteriormente, con</p> <p>"La Declaración de los Derechos del Hombre y de Ciudadanos" del 26 de agosto de 1789 y 2 años después, incluida ésta en el preámbulo de</p> <p>"La Constitución Francesa" el 3 de septiembre de 1791 y por último,</p> <p>"Las 10 enmiendas a la Constitución de los Estados Unidos de Norteamérica" el 17 de septiembre del año de 1787, se contemplaron estos derechos e incorporadas a la misma el 15 de diciembre de 1791". (17); considerando que hasta la fecha cuenta con 16 enmiendas a su Constitución. (18)</p>

Figura 11

DIVERSOS CONCEPTOS SOBRE DERECHOS HUMANOS, CIVILES, INDIVIDUALES, DE LOS GOBERNADOS,
PUBLICOS SUBJETIVOS, GARANTIAS INDIVIDUALES, INSTITUCIONALES Y CONSTITUCIONALES EN BUSCA
DE UN CONCEPTO UNIVOCO(6)
CONCLUSION "Parte B"

<p>"Derechos de los Gobernados": "el conjunto de prerrogativas y libertades que gozan los individuos sujetos a una relación de Supra o Subordinación, emanando de dicha relación una serie de derechos a favor de los mismos.</p>	
	<p>Para concluir, en un sentido simple podríamos entender la relación o la similitud de los Derechos Civiles, Derechos Individuales, así como los Derechos Humanos, con el concepto de "Garantías Individuales" en atención de las prerrogativas y Derechos que consignan cada una de estas figuras. No obstante mientras no exista el mecanismo del Estado y del Gobierno que den garantía de cumplimiento a este derecho, el texto actual de la Constitución Federal es letra confusa y casi muerta.</p> <p>Por consecuencia la Salud solo seguirá siendo un Derecho a.</p>
<p>Posición personal: Una vez que se han anotado las definiciones de los conceptos antes mencionados, podemos concluir lo siguiente:</p> <p>Al hablarse de Derechos Individuales, Derechos Humanos y Derechos Civiles, encontramos presente que todos estos son "un conjunto de prerrogativas, facultades o libertades", de las cuales gozan los individuos en forma individual o colectiva.</p> <p>Hay un común denominador en estas definiciones, que este concepto de Garantías Individuales se ha enmarcado dentro del concepto de los "Derechos Humanos", e incluso dentro de los mecanismos, recursos o procedimientos para la defensa de los mismos.</p> <p>En todas estas definiciones, no se hace mención de su origen, en otras palabras en las relaciones que los sustentan y sobre las cuales se originan los derechos mencionados, aun y que engloban en forma amplia todos los derechos y prerrogativas, así como libertades posibles del ser humano, ya sean de carácter individual o colectivo.</p> <p>Por otro lado, conociendo tales definiciones, claramente podemos distinguir que no es posible confundir a las Garantías Individuales con los medios y procedimientos que "garanticen" su cumplimiento, ya que una cosa es el "garantizar" y otra lo que se garantiza, y como se garantiza.</p>	

Fig. 18.

**Enmiendas actuales a la Constitución Política de los Estados Unidos de Norteamérica
(Amendments to the Constitution of USA)**

Enmiendas (Amendments)

I. Religion, Speech, Press, Assembly, Petition = Libertad de Religión, Expression, Agrupación y Petición	(1791)
II. Right to Bear Arms. = Derecho a Portar Armas	(“)
III. Quartering of Troops. = Encuartelamiento de Tropas	(“)
IV. Search and Seizure. = Búsqueda y Aprehensión	(“)
V. Grand Jury, Double Jeopardy, Self-incrimination, Due Process. = Gran Jurado, Doble _____, Incriminación propia, Derecho a Proceso	(“)
VI. Criminal Prosecutions, Jury Trial, Right to confront and Counsel. = Juicio Criminal, Negociación ante el Jurado, Derecho de Confrontación y Asesoría.	(“)
VII. Common Law Suits- Jury Trial. = Demandas con base en la ley común	(“)
VIII. Excess Bail or Fines, Cruel and Unusual Punishment. = Fianza o Multa excesiva, Castigo Cruel e Inusual.	(“)
IX. Non-Enumerated Rights. = Derechos no Enumerados	(“)
X. Rights Reserved to States. = Derechos Reservados a los Estados	(“)
XI. Suits against a State. = Demanda contra un Estado	(1795)
XII. Election of President and Vice-President. = Elección de Presidente y Vicepresidente	(1804)
XIII. Abolition of Slavery. = Abolición de la Esclavitud	(1865)
XIV. Privileges and Immunities, Due Process; Equal Protection, Apportionment of Representatives, Civil War Disqualification and Debt. = Privilegios e inmunidades, Derecho a Proceso, Igual Protección, Distribución de Representantes, Descalificación de la guerra civil y deuda	(1868)
XV. Rights Not Be Denied on Account of Race. = No serán negados los Derechos por razón de Raza	(1870)
XVI. Income Tax. = Cobro de Impuestos	(1913)
XVII. Elections of Senators. = Elección de Senadores	(1913)
XVIII. Prohibition. = Prohibición.	(1919)
XIX. Women's Right to Vote. = Derecho de voto a la mujer	(1920)
XX. Presidential Term and Sucesión. = Término Presidencial y su Sucesión.	(1933)
XXI. Repeal of Prohibition. = Abolición de la Prohibición	(1933)
XXII. Two Term Limit on President. = Limite Presidencial a dos periodos	(1951)
XXIII. Presidential Vote in DC. = Voto Presidencial en el distrito de Columbia	(1961)
XXIV. Poll Tax. = Impuestos Individuales	(1964)
XXV. Presidential Sucesión. = Sucesión Presidencial	(1967)
XXVI. Right to Vote at Age 18. = Derecho al voto a los 18 años	(1971)
XXVII. Compensation of Members of Congreso. = Compensación a los miembros del Congreso	(1992)

CITAS BIBLIOGRAFICAS CAPITULO II

1. Las Garantías Individuales, Ignacio Burga Orihuela, Editorial Porrúa, México, 2005. Pág. 156
2. Idem.
3. Idem.
4. Idem. Págs. 158, 159 y 160
5. Diccionario del Derecho Agrario Mexicano, Antonio Luna Amigo, Luis G. Alcerreca, México 1982. Pág. 328
6. Idem.
7. 205 Preguntas y Respuestas sobre Garantías Individuales y Derechos Humanos. Juan Antonio Diez Quintana, Editorial PAC, 2001. Pág. 2.
8. Las Garantías Individuales, Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México 2005. Pág. 162,163.
9. Idem.
10. Idem.
11. Medios de Impugnación Constitucionales respecto a la violación de los derechos Humanos, Lic. Juan Antonio Diez Quintana, Editorial PAC. SA CV. 2001, Págs. 8,9
12. 205 Preguntas y respuestas sobre Garantías Individuales y Derechos Humanos. Diez Quintana Juan Antonio. Editorial PAC. Pág. 5.
13. Las Garantías Individuales, Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México 2005. Pág. 166.
14. Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, Editorial Porrúa. Tomo III, México, 1985. Pág. 209
15. Idem. Pág. 223
16. Idem. Pág. 225
17. Idem. Págs. 225 y 226
18. Información del dominio publico en el servicio de red satelital.
19. Diccionario Jurídico Mexicano. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Universidad Nacional Autónoma de México. Editorial Porrúa. Tomo III, México 1985. Pág. 209
20. Lecciones de Garantías y Amparo, Juventino U. Castro, Editorial Porrúa, México, 1978. Pág. 209
21. Idem. Pág. 4
22. Idem. Pág. 8
23. Las Garantías Individuales, Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México, 2005. Pág.166.
24. Idem. Págs. 169,176.
25. Idem.
26. Idem.
27. 205 preguntas y respuestas sobre Garantías Individuales y Derechos Humanos, Diez Quintana Juan Antonio. Editorial PAC. 2001. Pág. 5
28. Las Garantías Individuales, Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México, 2005. Pág.174.
29. Idem.
30. Idem. Págs. 178,179.
31. Idem. Págs. 182,183.
32. Idem.
33. Idem. Garantias Individuales. Hector Fix Zamudio. Editorial Porrúa. 1996. Pág. 177
34. Idem.

35. Idem
36. Idem. Lecciones de garantías y Amparo, Juventino V. Castro. Editorial Porrúa. 1988. Pág. 211
37. Idem
38. Idem.
39. Idem. Garantías Individuales. Hector Fix Zamudio. Editorial Porrúa. 1996. Pág. 178.
40. Idem.
41. Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigación Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, Editorial Porrúa, Tomo II, México, 1985.
42. Las Garantías Individuales, Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México, 2005. Págs. 176,177.
43. Lecciones de Garantías y Amparo, Juventino V. Castro, Editorial Porrúa, 1978. Pág. 207.
44. Idem.
45. Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Editorial Porrúa, Tomo IV, México 1985
46. Idem.
47. La Naturaleza de las Garantías Individuales en la Constitución de 1917. UNAM. Coordinación de Humanidades. México, 1967. Págs. 114,115.
48. Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Editorial Porrúa, Tomo V, México 1985 Lecciones de Garantía y Amparo, Juventino V. Castro, Editorial Porrúa, México, 1978.
49. Idem.
50. Idem.
51. Las Garantías Individuales Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México, 2005. Págs. 722,723.
52. Idem.
53. Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, Editorial Porrúa, Tomo III, México 1985.
54. Idem. Tomo III.
55. Idem.
56. Idem.
57. Las Garantías Individuales Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México, 2005. Págs. 705,723.
58. Idem. Págs. 704 a 706.
59. Idem.
60. Idem.
61. Idem.
62. Idem.

CAPITULO III

EL SURGIMIENTO EN MÉXICO DE UN NUEVO SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN LA SALUD CONOCIDO COMO “SEGURO POPULAR”

CAPITULO III

EL SURGIMIENTO EN MÉXICO DE UN NUEVO SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN LA SALUD CONOCIDO COMO “SEGURO POPULAR”

Introducción

Hemos ahondado en los capítulos anteriores, en el primero en esencia sobre el origen y evolución de la prestación de la salud desde la época prehispánica hasta nuestros días.

En este camino cronológico, hemos encontrado el servicio de salud en manos de reyes (nativos o extranjeros), virreyes, sacerdotes de las diferentes etnias de la nación, representantes de la iglesia católica, filántropos, miembros de la comunidad misma y no menos importante gobiernos postcoloniales y modernos.

Encontramos incluso que en los tiempos posteriores a la Independencia Mexicana, los servicios de salud han quedado de alguna manera en las mismas manos; esto es, gobiernos existentes, la iglesia católica, filántropos, las comunidades mismas (étnicas originarias, mixtas y grupos de asentamientos diversos, etc.)

Por supuesto, hubo momentos en la historia donde no hubo mayor avance; las razones fueron diversas, tales como: imposibilidad de los encargados de gobierno de apoyar o impulsar los sistemas de salud respectivos, eventos sociales y políticos, o bien movimientos armados. (Ver fig. 9, 10, 10-A, 10-B y 11 del capítulo I)

Tal imposibilidad de satisfacer el servicio de salud, ha llevado a México a un daño y deterioro mayúsculo, incrementando el déficit económico al otorgar tal servicio.

Opciones creadas en los diversos gobiernos, especialmente posrevolucionarios han cometido diversos errores y han incrementado el problema en la sociedad a nivel nacional.

Las estrategias para solucionar este problema han sido varias y muy diversas, pero ninguna, por razones un tanto desconocidas por mi parte, han contado con un objetivo claro y mucho menos se han acercado a su solución. (Ver figura 12, cuatro cuadros. INTERVENCION DEL GOBIERNO FEDERAL EN MATERIA DE SALUD del capítulo I)

Incrementándose día a día el problema de la salud en México, y con la idea de resolverlo, en 1983 se reformó La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4, y en el texto elevan el servicio de salud al rango Constitucional, pensando que con ello, este servicio tendría un mayor impulso gubernamental.

La reforma constitucional ya ha sido mencionada en el capítulo primero; en este capítulo nos enfocaremos a una segunda reforma a nivel secundario o reglamentaria, esto es, a las reformas de la Ley General de Salud, de la cual nace el “Seguro Popular”.

Estas reformas federales, en especial la segunda mencionada, siguen generando esperanzas en los distintos grupos sociales, especialmente en aquellos menos protegidos o como se les llama actualmente: mas vulnerables; pero lamentablemente la existencia de este “seguro popular” al día de hoy no ha sido mas allá que un paliativo a los decires y demandas de la sociedad misma.

Entre todo esto, han sido ventilados los criterios de los estudiosos de Derecho Constitucional, de los Derechos Humanos, de los Derechos Públicos Subjetivos, etc., y han resuelto de alguna manera que el derecho a la salud no solo se enmarca dentro de las garantías individuales, sino además en esa rama de nuestro derecho denominada Derecho Social.

Lamentablemente, sigue la discusión sobre la mesa de que si en esencia este derecho a la salud debe considerarse un Derecho Subjetivo Público o una Garantía Constitucional.

El capítulo dos hace referencia a ello, y cuenta con una serie de cuadros que intentan acumular diversos conceptos con la finalidad de lograr un concepto unívoco al respecto. (Ver figuras 5 a 11 inclusive del capítulo II)

Pero haciendo a un lado su calidad jurídica, política o social, la salud es al día de hoy un problema de grandes magnitudes en México.

La posición del Estado frente a los gobernados es en ocasiones la de obligado a; en otras, la de rector de: Para este tipo de Derecho Social, nuestra posición es dual; por un lado nos llevan inequívocamente a concebir que el derecho a la salud, es una garantía individual (por ser propia del ser humano, así como por estar contemplada en la parte dogmática de la Constitución Federal) y por otro, como una garantía social, por los efectos sociales, políticos y de salud que en ella proyecta. (Ver figura 12 y puntos a)3 y c)3, 6 del capítulo II)

Ya en la historia prehispánica, así como en la época colonial tenían muy clara la idea del beneficio de una sociedad sana, aunque no era un beneficio para el individuo, mucho menos un derecho, si lo era para aumentar la productividad de estos últimos y por ende para el crecimiento económico de los que detentaban el poder sobre las comunidades de aquellos entonces. (Ver figuras 3, 4, 6, 7, 9 y 10 del capítulo I)

El problema que enmarca a la salud, llevó al Estado actual a crear una figura más para la protección de la ciudadanía en el ámbito de la Salud, ello independiente de todos los actos fallidos o no que se han generado al paso del tiempo.

Queremos interpretar también que los aspectos políticos, jurídicos y sociales existentes en México han sido elementos medulares para más reformas; éstas bajo las perspectivas más irresponsables creíbles, en un Estado dañado económicamente, lo que nos permite reafirmar que la prestación de la salud bajo el esquema actual, aun y con las reformas que en la materia se han dado, es inviable.

Pero entremos al estudio del nuevo "Sistema de Protección Social" creado bajo el gobierno del Presidente Vicente Fox Quesada.

Un sistema que, a nuestro parecer, ha resultado una vía débil, con aplicaciones parciales en la sociedad, distante de lograr la solución total.

En este capítulo, abordaremos las reformas a la Ley General de Salud; nos referiremos de principio a la "Exposición de Motivos de la Adición", la cual a su vez, nos permitirá desglosar la adición en si y otros elementos que trataremos con posterioridad, exponiéndolos y dando nuestra opinión en el sentido de que tal garantía no se ha visto cumplida por el solo hecho de haberla convertido en una garantía constitucional, y que

tales reformas no son mas que una repetición de las acciones federales que se han dado en nuestro país, durante su vida.

No obstante concluiremos el mismo con una **propuesta modificatoria constitucional** sobre el referido Derecho a la Salud.

Intentaremos incluso dar claridad a este nuevo concepto coloquial denominado "SEGURO POPULAR".

Partiremos para ello, del reiterado aspecto de que de las distintas normas sociales, surge la necesidad de tocar el Derecho a la Salud, como una fuente de obligaciones y deberes para el sujeto pasivo de la relación jurídica "Gobernante-Gobernado" y el beneficio que reporta a los que deberían detentar la garantía referida. Deduciremos que en la realidad existe un grupo mayoritario en la sociedad con mayor derecho a detentar esta garantía; sin excluir, por supuesto, a ningún sector de la ciudadanía mexicana. Esos sectores de la sociedad son aquellos grupos que por razones sociales, económicas y culturales se encuentren en notable desventaja frente a otros que cuentan con alguna protección al respecto, por lo cual el Estado deberá proporcionar entre muchas otras acciones de carácter individual y colectivo, aquellas con fines preventivos, curativos, de rehabilitación, destinadas a mejorar las condiciones generales de salud y de vida.

A) Su origen derivado de la propuesta-iniciativa de reforma a la Ley General de Salud.

Iniciaremos este apartado con la iniciativa del Decreto por el que se adiciona la ley de la materia. Esto nos permitirá contar con la idea originaria del por que decide el Estado dar marcha a una figura tan hibrida y parcial como lo es el Sistema de Protección a la Salud.

Texto literal:

Fecha de publicación: 22 de abril de 2003.

Enunciado: Decreto por el que se adiciona y reforma la Ley General de Salud

CC. SECRETARIOS DE LA CAMARA DE SENADORES DEL H. CONGRESO DE LA UNION PRESENTES.

"México atraviesa por diversas transiciones. Tenemos una transición demográfica que supone un creciente peso relativo de adultos mayores en nuestra estructura poblacional y un acelerado proceso de urbanización. Estamos también en presencia de una transición epidemiológica caracterizada por la sustitución de las enfermedades transmisibles por padecimientos no transmisibles, como principales causas de muerte y discapacidad.

"En lo social destaca el incremento de los años de escolaridad, muy ligado a este cambio educativo, la creciente participación de la mujer en la fuerza de trabajo. Se hace énfasis asimismo en la transición económica y, desde luego en la transición política, cuyo signo es sin duda el acceso a un sistema sustentado en el ejercicio pleno de la democracia.

"Esta democracia garantiza ya los derechos políticos y civiles, pero debe extenderse el ejercicio efectivo de los derechos sociales.

"El mayor nivel educativo de la población se acompaña de una capacidad más organizada para interactuar con los prestadores de servicios. La creciente participación de la mujer en el mercado de trabajo obliga a las instituciones de salud y bienestar social a incrementar sus apoyos a las unidades familiares. Finalmente, la sociedad mexicana cada vez mas participativa y crítica,

demanda mas y mejor información, mejores opciones de atención a la salud, servicios de mayor calidad.

“En esta medida los principales retos del Sistema de Salud son la calidad, la equidad, la protección financiera. Las dos últimas guardan una especial trascendencia, ya que definen la necesidad del cambio en la concepción del derecho de protección a la salud para combatir las desigualdades sociales y regionales.

“Para mejorar la salud de la población es necesario por ende, democratizar la atención a la salud: en otras palabras crear condiciones de acceso, calidad y financiamiento de los servicios independientemente del lugar de residencia de la población y de su capacidad económica.

“Sin embargo, actualmente existen dos problemas principales que obstaculizan la democratización de la atención a la salud: la existencia de desequilibrios financieros y el ejercicio desigual de los derechos relacionados con la salud.

“Las transiciones epidemiológica y demográfica por las que atraviesa el país y el carácter segmentado de nuestro sistema de salud han dado lugar a cinco grandes desequilibrios en materia financiera que se describen a continuación:

“En el nivel o monto de los recursos destinados a la salud”. La inversión en salud no es suficiente para atender los retos que se plantea el Sistema Nacional de Salud. México destina 5.7% del PIB al sector salud. En contraste, hay países como Estados Unidos y Alemania que dedican 13.7 y 10.5% de su riqueza, respectivamente, a atender sus necesidades de salud. En la región latinoamericana, Costa Rica, Colombia y Uruguay dedican 8.7, 9.3 y 10% del PIB ala salud, respectivamente. El promedio latinoamericano es de 6.1%.

“En el Origen de los Fondos”. Actualmente la mayor parte del financiamiento proviene del bolsillo de las familias, quienes pagan por los servicios de salud que requieren en el momento mismo de recibir la atención. En México el 50% de las erogaciones en salud es gasto de bolsillo. En Colombia y Costa Ricas este porcentaje asciende a 26 y 22% respectivamente, en tanto que en el Reino Unido apenas alcanza el 3%.

“El gasto del bolsillo es la forma más inicua e insuficiente de financiar la atención de la salud, ya que rompe con la solidaridad financiera – que permite que las personas enfermas y las de escasos ingresos se beneficien de las contribuciones de las personas sanas y de mayores recursos – y con un principio básico de justicia financiera en salud, que indica que los individuos deben aportar de acuerdo con su capacidad de pago y recibir en función de sus necesidades de salud.

El pago de bolsillo no permite la agregación de riegos y es regresivo: además expone a las familias a pagos excesivos que son imposibles de anticipar por la incertidumbre involucrada en los fenómenos de enfermedad y en los accidentes. Se calcula que anualmente de dos a tres millones de familias mexicanas incurren en gastos catastróficos por motivos de salud que con frecuencia provocan su empobrecimiento. Este fenómeno es más común en las familias pobres y en los hogares que no cuentan con un seguro de salud”. (1)

“La falta de un mecanismo de aseguramiento en salud también desincentiva la atención preventiva porque los pacientes suelen posponer la atención médica hasta que la enfermedad se agrava, en muchos casos de manera irremediable.

“Finalmente, cuando una persona se enferma suele ser un muy mal usuario de los servicios de salud. Una emergencia no es el mejor momento para hacer juicios sobre su calidad y costo.

La iniciativa de ley señala también:

“En la distribución de los recursos públicos tienden a concentrarse en las instituciones que atienden a los trabajadores de la economía formal. Los gobiernos estatales y el gobierno federal asignan 1.8 veces más recursos per cápita a la población derechohabiente de seguridad social que a la población no asegurada.

“A esta injusta distribución se suma una condición aún más severa. Al comparar la asignación per cápita de recursos federales entre entidades federativas se observa una diferencia de nueve a uno entre el estado con mayor asignación y el que menos recursos recibe para la población no asegurada. Además esta distribución de recursos entre estados no guarda relación con las necesidades de salud. De hecho las entidades federativas que mayores necesidades tienen son las que, en general reciben menos recursos del gobierno federal.

“En la asignación de presupuesto estatal. La descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada culminó en 1999. Sin embargo, este proceso no se concretó con las reglas necesarias para su adecuada operación. Esto se refleja en los contrastes en el esfuerzo estatal en materia de salud. En México, algunos gobiernos locales asignan a los servicios estatales de salud 535 veces más recursos que otras entidades federativas.

“En el destino del gasto. El sector salud a su nivel nacional dedica cada vez más recursos al pago de nómina en detrimento al gasto de inversión.

“La necesidad de resolver estos desequilibrios se recoge en el Plan Nacional de Desarrollo 2001 – 2006, el cual reconoce que las desigualdades en la distribución de los recursos para la salud entre instituciones, grupos de población, niveles de atención y estados exigen la revisión de los criterios y mecanismos para distribuir los recursos públicos, así como del análisis de alternativas de presupuestación, que garantice una mejor correspondencia entre recursos y necesidades de salud.

“Las reglas claras dan, además mayor certidumbre a quienes manejan los recursos y prestan los servicios en los niveles regional, estatal, municipal, y facilitan las actividades de planeación y evaluación del gasto.

“En lo referente al ejercicio desigual de los derechos relacionados con la salud, éste se deriva de la pluralidad institucional que caracteriza hoy en día a nuestro sistema de salud.

“En México se ha otorgado una mayor protección en materia de salud a la población, fundamentalmente urbana y vinculada al sector formal de la economía. Esto se encuentra plasmado en la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social y en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, donde se consagran los derechos de los afiliados de ambos institutos. En contraste, la población no asegurada, cuenta con un derecho a la población a la salud que no ha sido claramente llevado a la práctica, ya que existe una gran diferencia entre los beneficios que gozan los afiliados a los institutos de seguridad social respecto de los no asegurados.

“En 1943 nació nuestro actual sistema de salud. El primero de enero de ese mes se fundó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que habría de ofrecer servicios de pensiones y de salud a los trabajadores de la economía formal. Meses más tarde el 15 de octubre de 1943, se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), que en el nombre tenía implícita una concepción asistencialista, y que habría de atender principalmente a los mexicanos de escasos recursos.

“Nuestro sistema de salud nació dividido. Separó la población entre aquellos que tenían derechos sociales perfectamente definidos a los que llamó “derechohabientes” y aquellos que eran sujetos de la acción asistencial del Estado, que eventualmente se denominaron población abierta.

Posteriormente, y bajo esta misma división de origen, se crearon otras instituciones de seguridad social en paralelo. Entre ellas cabe mencionar la creación en 1959 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSTE) que ofrece cobertura en salud para los trabajadores al servicio del Estado” (2)

La iniciativa de ley señala incluso:

“Este modelo ya no responde a la realidad de nuestro país. En la actualidad el mayor reto del sector es romper las barreras institucionales y construir un auténtico sistema universal de protección social, que comprenda no sólo la seguridad social formal, sino también nuevos mecanismos de acceso efectivo a los derechos sociales para quienes no participan en el sector formal de la economía.

“Para enfrentar este reto se hizo necesario diseñar un esquema integrado y equitativo de financiamiento con tres seguros públicos, cada uno con naturaleza tripartita. Asimismo, el complejo escenario que existe debido a las grandes desigualdades y desequilibrios exige una reforma financiera que defina bases más equitativas para la aportación de recursos para la salud y reorganización de los recursos destinados a la salud bajo una lógica acorde con las diferentes funciones que realiza el sistema: rectoría, generación de recursos para la salud, tales como investigación, desarrollo tecnológico y formación de recursos humanos, prestación de servicios de salud a la comunidad y prestación de servicios de salud a la persona.

“Por lo anterior esta iniciativa tiene como objetivo corregir los equilibrios financieros antes descritos; definir la corresponsabilidad entre órdenes de gobierno y con la ciudadanía y dar contenido efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales, incluido el derecho a la protección de la salud.

“El punto medular de la propuesta es lograr que la gran innovación del sistema de salud en México, que tuvo lugar en 1943 es decir, el aseguramiento en materia de salud, se extienda a todos los mexicanos a través de la constitución de un nuevo sistema integrado por tres seguros públicos de salud: un seguro para asalariados del sector privado formal de la economía, un seguro para los trabajadores al servicio del Estado y otro para los autoempleados y los desempleados sin acceso a la seguridad social operado por el Sistema de Seguro de Protección Social de Salud.

“En este orden de ideas, la presente iniciativa busca garantizar el derecho constitucional de la protección de la salud, por medio del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud, el cual servirá de instrumento para financiar la atención de la población, que carece de una relación laboral con un patrón y por tanto, hasta hoy excluida de las instituciones de seguridad social. Con este tercer seguro público, como nuevo componente financiero del Sistema Nacional de Salud, se alcanza el ideal de la universalidad de la seguridad social en materia de salud.

“Mediante la creación del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social en salud, que como materia de salubridad general se incorporan al texto de la ley.

“Ello da la oportunidad de que las familias interesadas, se incorporen aun Sistema de Seguro de Protección en Salud operado de manera estatal, bajo la coordinación de la Federación.

“Así, el cambio más profundo de esta forma se presentará en la llamada población abierta, ya que con esta iniciativa se pretende delimitar a esta población no asegurada mediante su afiliación y pertenencia explícita a un esquema de aseguramiento en salud, logrando así que todos los mexicanos cuenten con un seguro médico público mediante una afiliación que hace explícitos los derechos y mecanismos de financiamiento correspondientes.

“Bajo un sistema similar al de un seguro en tanto el pago de cuotas de recuperación en el momento de la atención será sustituido por una aportación familiar anual y anticipada conforme a condición socioeconómica y cuya principal fuente de financiamiento serán recursos públicos tanto federales como estatales, se protegerá a las familias con un catálogo de servicios esenciales de salud que incluirá sin costo adicional los medicamentos asociados a los tratamientos.

“El catalogo de servicios esenciales será definido por el Consejo de Salubridad General, órgano constitucional de la más alta autoridad en materia de salud. Mediante dicho catálogo además de proteger a la población contra gastos catastróficos se harán explícitos los derechos y las obligaciones de los beneficiarios.

Los servicios esenciales de salud prevén la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.

Estos mismos criterios serán aplicados también a la definición de los medicamentos asociados a los tratamientos contenidos en el catálogo de servicios esenciales”. (3)

La iniciativa de ley refiere además:

“Con lo anterior se pretende vincular directamente las aportaciones provenientes de impuestos generales que el Estado otorga para la protección de la salud con las necesidades de cada ciudadano o familia mexicana que se han de reflejar en la demanda por servicios de salud. Ello sin importar en el mediano plazo; la institución o dependencia pública; social o privada que preste el servicio. De esta manera se vincularán los recursos con la demanda y no con la oferta de servicios. Así, se sentarán las bases para mayor colaboración en el ámbito de la prestación de servicios de salud a la persona entre los tres seguros públicos de salud y por ende, hacia la reducción de las barreras institucionales y la constitución de un autentico sistema universal de protección social.

“Asimismo, la propuesta plantea dentro de la constitución del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud la necesidad de incrementar la calidad de los servicios médicos. Para dicho efecto, existirá una incorporación progresiva de unidades de atención médica del Sistema, conforme se acrediten ante los servicios estatales de salud, ante la Secretaría de Salud de la Federación y ante el consejo de Salubridad General la calidad de sus servicios, de acuerdo a los mecanismos establecidos en otras acciones de la Secretaría de Salud.

“Se incorpora también un modelo básico de atención, que busca privilegiar el ejercicio de acciones preventivas y el involucramiento de los beneficiarios en la atención de su salud. La unidad de protección partirá del concepto de familia nuclear que se propone incluir en la ley, el cual es de naturaleza incluyente y no busca en ningún momento excluir grupo de población alguno que actualmente no cuente con acceso a la seguridad social. El acceso al Sistema de Seguro de Protección Social en Salud se extiende a todos los residentes en territorio nacional que soliciten su incorporación. Es importante destacar que la condición socioeconómica no será limitante para el acceso al mismo. Esta medida permitirá a México contar con un sistema integral de protección, donde el ciudadano, y sus familiares, independientemente de su condición laboral, estarían asegurados por alguno de los esquemas de aseguramiento público en salud.

“El tema del financiamiento se aborda desde una perspectiva federal ya que solo así puede garantizarse una contribución proporcional a la capacidad de pago y una redistribución proporcional a las necesidades de salud. Adicionalmente se considera el financiamiento de los servicios otorgados por los organismos descentralizados, cuyo ámbito de acción es estatal.

“La consolidación de la descentralización de los servicios de salud y extender la distribución de facultades y recursos en el nivel estatal”.

“En términos generales, el planteamiento financiero parte de la premisa de reorganizar y redistribuir los recursos ejercidos actualmente a través de diversos ramos del gasto público federal en salud para la población no asegurada, bajo una nueva lógica que canalice específicamente los recursos destinados a la prestación de servicios de salud preventivos y de atención médica hacia el Sistema de Seguro de Protección Social en Salud.

“A fin de promover una mayor equidad en el financiamiento entre los tres seguros públicos de salud, se propone que el Sistema de Protección Social en Salud también sea financiado de forma tripartida de la siguiente manera:

“Como primer aportante, el Gobierno Federal contribuirá anualmente con una “cuota social” por cada familia beneficiaria del Sistema equivalente a la cuota que aporta el Gobierno Federal para cada individuo afiliado al Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS, la cual se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del índice Nacional de Precios al Consumidor, tal como ocurre en el caso de la aportación federal para el IMSS: Esta iniciativa atiende a la justicia distributiva, al asegurar para cada familia beneficiaria del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud una aportación mínima para el sostenimiento de salud. Con esta cuota se tiende al reconocimiento social de la Federación frente a la garantía individual de la protección de la salud.

“El Gobierno Federal transferirá a los gobiernos de las entidades federativas los recursos que, por concepto de cuota social le corresponda con base en los padrones de familias beneficiarias del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud.

Como segundo aportante se prevé la concurrencia de recursos de las entidades federativas y el Gobierno Federal en una “aportación solidaria” que propone (una aportación estatal mínima, II) la aportación federal a partir de la distribución de recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona conforme a una fórmula que tomará en cuenta las necesidades de salud, el gasto estatal y el desempeño de los Regímenes Estatales del Seguro de Protección en Salud, y III) un valor mínimo para el monto de la aportación solidaria”. (4)

La iniciativa de ley también señala:

“Entre la fuentes de financiamiento para la aportación solidaria se tomara en cuenta gradualmente y por entidad federativa la porción de recursos federales del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), que actualmente se destinan al financiamiento de los servicios de salud a la persona.

“El tercer aportante son las propias familias beneficiarias a través del pago de cuotas familiares que serán anticipadas, anuales, de carácter progresivo, y que se determinarán con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia. Se plantea que estas aportaciones se recauden directamente por los gobiernos estatales y se apliquen como destino específico al abasto de medicamentos, equipo y otros insumos.

“Las cuotas familiares serán determinadas por medio de un instrumento estandarizado, el cual tendrá como finalidad la obtención y medición de las características socioeconómicas de los interesados. Cabe reiterar que la propuesta prevé que el ingreso familiar no será una limitante para el acceso al Sistema. Mediante este esquema de financiamiento se reducirán los gastos de bolsillo en los que actualmente incurren las familias, en ocasiones de manera catastrófica para su situación económica.

“En nuestro país, las personas no aseguradas por las instituciones de seguridad social tienen que cubrir cuotas de recuperación por cada solicitud de servicio para cada uno de los miembros de su familia que requieran atención médica. Si bien dichas cuotas se establecen de acuerdo a la condición socioeconómica de las personas, finalmente esto se traduce en gastos de bolsillo imprevistos ya que el principal sostén de la familia tiene que afrontar de todas maneras los gastos correspondientes a los tratamientos según el tabulador de cuota que se les asigne, además de cubrir también de su bolsillo los medicamentos necesarios que tienen que adquirirse directamente en farmacias particulares.

“Como se puede apreciar, no pudiendo preverse el momento en que enfermaremos, el costo de la atención médica puede convertirse no sólo en una carga para la economía familiar, sino en una limitación para el acceso oportuno a los servicios.

“Con la incorporación al Sistema de Seguro de Protección en Salud se podrán obtener para toda la familia los servicios de salud incluidos en el catálogo de servicios esenciales de salud sin tener que cubrir otros pagos por evento y además, recibirán sin costo adicional, los medicamentos prescritos acorde con los tratamientos. De esta manera, se favorece también el consumo de servicios preventivos de salud, lo que fomentará en las familias el cuidado de su salud y no posponer su atención por cuestiones económicas.

“Se plantea especificar, mediante reglamentación, algunas de las facultades genéricas con que cuenta el Consejo de Salubridad General acorde con la alta investidura que como autoridad sanitaria de la República le otorga la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, lo que es consistente con las acciones planteadas en el Programa Nacional de Salud 2001 – 2006.

“Cabe reiterar que bajo propuesta, la mayor parte del financiamiento del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud recaerá en el gobierno federal y los gobiernos estatales. Asimismo la propuesta plantea mecanismos en el nivel operativo que garantice que el nivel de ingreso no constituya una barrera para el acceso al esquema de aseguramiento.

“Con el objetivo de cubrir al Sistema ante el riesgo de incurrir en gastos catastróficos vinculados a tratamientos y medicamentos que impliquen un alto costo, se plantea la constitución de un fondo sufragado con aportaciones federales, estatales y eventualmente de la sociedad en general que permitirá diversificar riesgos a nivel nacional y mantener sano el esquema financiero del Sistema frente a estas eventualidades. Se plantea que el Consejo de Salubridad General defina que tratamientos serán cubiertos por este fondo, mientras que su forma de operación será establecida en el reglamento correspondiente.

“Asimismo se propone establecer para algunas intervenciones y medicamentos un esquema de cuota reguladora, de administración estatal, que tendrá como finalidad garantizar el uso responsable de los servicios de salud y no la recaudación por lo que no podrá ser utilizado como fuente adicional de ingreso para la operación del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud.

“Para el control del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud, se crea un Consejo Nacional como órgano consultivo integrado por dependencias y entidades de la administración pública federal y de los servicios estatales de salud con intervención regional t rotatoria.

Esta iniciativa va acompañada de manera paralela de la creación de una estructura administrativa federal, dependiente de la Secretaría de Salud, que ejercerá las funciones correspondientes y coordinará las acciones a nivel nacional del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud propuesta que no implicara el crecimiento en estructuras ni mayores costos asociados con servicios personales”. (5)

La iniciativa de ley concluye con:

“Considerando el esquema normativo y la forma tripartita de su financiamiento se incluyan en el Título especial que se añadirá a la Ley General de Salud obligaciones específicas para la federación y las entidades federativas para proveer la información indispensable a fin de que la ciudadanía participe en la evaluación del sistema.

“Igualmente, se plantea incorporar en la ley de los derechos y obligaciones a cargo de los beneficios del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud como una acción decidida para dar contenido a la garantía social constitucionalmente reconocida.

“Finalmente, en lo que respecta al ámbito de la prestación de servicios de salud a la comunidad, se propone canalizar a las entidades los recursos correspondientes a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad. Entre las fuentes de financiamiento para este fondo se tomará en cuenta la porción de recursos federales del FASSA que se destinan actualmente al financiamiento de los servicios de salud a la comunidad.

“Los servicios estatales de salud son responsables de prestar los servicios de salud a la comunidad en adición a su papel en la prestación de servicios de salud a la persona. Entre este tipo de servicios se encuentran las acciones y programas dirigidos a la colectividad y de extensión comunitaria. Los servicios ambientales, el ejercicio y vigilancia de la regulación sanitaria a través del control sanitario de bienes y servicios, la regulación de la atención a la salud y las actividades vinculadas con la vigilancia epidemiológica.

“Estos servicios se caracterizan por estar dirigidos a la población total de la entidad independientemente de su condición de aseguramiento en salud.

“Asimismo, en este rubro se incluyen las actividades vinculadas con el ejercicio de la función de rectoría del sistema de salud estatal, entendiéndose por ello las actividades vinculadas con la definición de marcos normativos y regulatorios de ámbito local.

“De esta manera, las entidades recibirán los recursos correspondientes a la prestación de servicios de salud a la persona y a la prestación de servicios de salud a la comunidad, de manera independiente y bajo una lógica de asignación de recursos que toma en cuenta la diferente naturaleza de cada uno de estos servicios, así como la diversidad de funciones y responsabilidades a cargo de las entidades conforma a lo establecido en el artículo 13 de la Ley General de Salud.

“Lo anterior, permitirá garantizar la disponibilidad de recursos para cada tipo de actividad. Además, promoverá la separación de funciones al interior de los servicios estatales de salud. Así, las actividades propias de la función rectora al interior de la entidad y aquellas vinculadas con la prestación de servicios de salud a la comunidad y a la población en general, serán financiadas bajo una lógica acorde con la naturaleza de estos servicios.

“En suma los principales beneficios de la propuesta se traducen en:

“Mayor equidad en el financiamiento en salud para la población actualmente no asegurada, a través del establecimiento de la cuota social a cargo del gobierno federal y de las aportaciones solidarias en donde concurren recursos federales y estatales. Al considerar las necesidades de salud de la población, el gasto estatal en salud y el desempeño de las entidades federativas en la determinación de la aportación solidaria, se promoverá no solo una mayor equidad en el financiamiento de la salud, sino también incentivos para equilibrar la corresponsabilidad entre órdenes de gobierno y promover una mayor eficiencia en la utilización de los recursos.

“Brindar protección financiera reducir los gastos catastróficos de los hogares mediante el pago anticipado de la cuota familiar en sustitución del gasto de bolsillo por concepto de cuotas de recuperación y compra de medicamentos ante la ocurrencia de la enfermedad. **Con ello se evitara**

el empobrecimiento de los hogares a causa de gastos catastróficos en salud. Además se evitará que la gente deje de atender su salud por no tener dinero para pagar el servicio en el momento de demandarlo.

“Promover un enfoque más preventivo de salud ya que el Sistema contará con los incentivos adecuados para promover el autocuidado de la salud así como la práctica de la medicina preventiva a través de la incorporación de un esquema de prepago por familia, así como de la cuota social y la aportación solidaria.

“En resumen, el sistema de Seguro de Protección Social en Salud posibilitará que las familias con capacidad limitada de pago, no derechohabientes, puedan incorporarse a un sistema de aseguramiento que incluye el catálogo de intervenciones y los medicamentos asociados a dicho catálogo.

Se visualiza que al evitar los gastos catastróficos en salud al reducir los gastos de bolsillo, las familias beneficiarias del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud podrán destinar los recursos anteriormente utilizados para solventar gastos imprevistos en salud hacia otras actividades que pueden incrementar su nivel de vida. En ese sentido, la iniciativa propuesta es congruente con la política social en tanto busca generar condiciones necesarias para que la población en mayores desventajas pueda mejorar su condición socioeconómica, sus posibilidades de desarrollo y mejora de calidad de vida”. (6)

Trataremos en la siguiente pagina las adiciones a la ley, derivadas de la iniciativa indicada, esto con la finalidad de dar una continuidad adecuada y al final haremos las observaciones a la iniciativa misma, de las que se desprenderá que los motivos base para tal reforma son una repetición de circunstancias vividas en nuestro país, sin que las mismas aborden el fondo del problema. Incluso veremos que las reformas dan cabida a un Sistema de Protección Social en la Salud, y no a lo que la gente conoce como “Seguro Popular”.

B) Las Reformas a la Ley General de Salud. Su contenido y el nacimiento de un tercer sistema de Seguro Público.

Comenzaremos con insertar el texto de reforma para contar con la información a la mano y hacer con ello más accesible nuestro estudio.

Texto literal en lo conducente:

DECRETO

Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, publicado en Diario Oficial de la Federación, de fecha 15 de mayo de 2003.

cuya parte medulas, se transcribe a continuación y no a la creación jurídica propiamente del “Seguro Popular”

.....

TITULO TERCERO BIS

De la Protección Social en Salud

Capitulo I

Disposiciones Generales.

“ARTICULO 77 BIS 1. *Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.*

“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, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

Las disposiciones reglamentarias establecerán los criterios necesarios para la secuencia y alcances de cada intervención que se provea en lo términos de este Título”.

“ARTICULO 77 BIS 2. *Para los efectos de esta Ley, se entenderá por Sistema de Protección Social en Salud a las acciones que en esta materia provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.*

“La Secretaría de Salud coordinará las acciones de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, los cuales contarán con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación, de conformidad con lo dispuesto en este Título.

Para los efectos de este Título se entenderá por Regímenes Estatales, a las acciones de protección social en salud de los Estados de la República y del Distrito Federal”.

“ARTICULO 77 BIS 3. *Las familias y personas que no sea derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de prevención social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que le corresponda en razón de su domicilio, con lo cual gozarán de las acciones de protección en salud a que se refiere este Título”.*

“ARTICULO 77 BIS 4. *La unidad de protección será el núcleo familiar, la cual para efectos de esta Ley se puede integrar de cualquiera de las siguientes maneras:*

I. Por los cónyuges;

II. Por la concubina y el concubinario;

III. Por el padre y / o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato, y

IV. Por otros supuestos de titulares y sus beneficiarios que el Consejo de Salubridad General determine con base en el grado de dependencia y convivencia que justifiquen su asimilación transitoria o permanente a un núcleo familiar.

“Se consideran integrantes del núcleo familiar a los hijos y adoptados menores de dieciocho años; a los menores de dicha edad que formen parte del hogar y tengan parentesco de consanguinidad con las personas señaladas en las fracciones I a III que anteceden; y a los ascendientes directos en línea recta de éstos, mayores de sesenta y cuatro años, que habiten en la misma vivienda y dependan económicamente de ellos, además de los hijos que tengan hasta veinticinco años, solteros, que prueben ser estudiantes, o bien discapacitados dependientes.

“A las personas de dieciocho años o más se les aplicarán los mismos criterios y políticas que al núcleo familiar.

El núcleo familiar será representado para los efectos de este Título por cualquiera de las personas enunciadas en las fracciones I a III de este artículo”. (7)

.....

Insertaremos dentro del siguiente inciso C), lo conducente al financiamiento de este sistema y su fondo de aportaciones.

Con ello podremos ver que hay una similitud con los demás servicios de salud proporcionados a la gente que forma parte de “la economía formal” de la sociedad.

C) Marco legal del financiamiento y del fondo de aportaciones del nuevo Sistema de Protección Social en Salud.

.....

De las Aportaciones para el Sistema de Protección Social en Salud

“**ARTICULO 77 BIS 11.** El Sistema de Protección Social en Salud será financiado de manera solidaria por la Federación, los Estados, el Distrito Federal y los beneficiarios en los términos de este Capítulo y el Capítulo V”.

“**ARTICULO 77 BIS 12.** El Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social por cada familia beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud equivalente a quince por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. La cantidad resultante se actualizará trimestralmente de acuerdo a la valoración de Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Esta aportación se hará efectiva a los Estados y al Distrito Federal que cumplan con el artículo siguiente”.

“**ARTICULO 77 BIS 13.** Para sustentar el sistema de Protección Social en Salud, el Gobierno Federal y los gobiernos de los estados y del Distrito Federal efectuarán aportaciones solidarias por la familia beneficiaria conforme a los siguientes criterios:

I. La aportación estatal mínima por la familia será a la mitad de la cuota social a que se refiere el artículo anterior y

II. La protección solidaria por parte del gobierno Federal se realizará mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona de conformidad con la fórmula establecida en las disposiciones reglamentarias de esta Ley. Dicha aportación deberá representar al menos una y media veces el monto de la cuota social que se fija en el artículo anterior”. (8)

7. Ley General de Salud.

8. Idem.

Capítulo IV.

Del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad.

“**ARTICULO 77 BIS 20.** El Gobierno Federal establecerá un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, mediante el cual aportará recursos que será, ejercido por los estados y el Distrito Federal para llevar a cabo las acciones relativas a las funciones de rectoría y la prestación de servicios de, salud a la comunidad, conforme a los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Nacional del Desarrollo del Programa Nacional de Salud y de conformidad con los acuerdos de coordinación que para el efecto se suscriban....” (9)

.....

1.- Aspectos relevantes plasmados en la iniciativa de reforma que dan origen a la búsqueda del financiamiento y de un fondo de aportaciones.

Entrando al análisis de la reforma, es por demás obvio señalar que ésta expone aspectos conocidos y desgastados en su manejo ante la sociedad mexicana. En esta ocasión, el análisis se realizara al hacer una lista de puntos diversos y controversiales, que a nuestro parecer son los mas importantes; de forma tal que la sola lectura de los mismos nos lleve de la mano y que al final de su lectura podamos emitir opinión y critica al respecto, y con la mayor certeza posible, de forma sencilla y breve.

Lo anterior nos dará claridad para entender “la razón del fondo y aportaciones realizadas”.

A) Aspectos relevantes que se sustentaron en la iniciativa y que repercutieron en una reforma y adición insipiente en la Ley General de Salud:

1. Un creciente numero de adultos mayores.
2. Acelerados procesos de urbanización.
3. Sustitución de padecimientos y enfermedades transmisibles por nuevos no transmisibles.
4. Incremento en los años de escolaridad.
5. Una creciente participación de la mujer en la fuerza de trabajo. **(lo que obliga a las instituciones de salud y bienestar social a incrementar sus apoyos a las unidades familiares)**
6. Una transición política. (Como acceso a un sistema sustentado en el ejercicio de la democracia. **Democracia que garantiza los derechos políticos y civiles, pero debe extenderse a los derechos sociales.**
7. Una transición económica.
8. Una sociedad mas participativa y critica que demanda mas y mejor información, otras opciones de atención a la salud, servicios de mayor calidad.

Principales retos del Sistema de Salud:

9. Calidad, equidad, protección financiera.
10. Las dos últimas definen el cambio en la concepción del derecho de protección a la Salud para combatir desigualdades sociales y regionales.
11. Para mejorar la salud es necesario democratizar la atención a la salud, esto es, crear condiciones de acceso, calidad y financiamiento de los servicios, independiente de la residencia y la capacidad económica.

Problemas que impiden la democratización de la atención a la salud

12. Hay dos: la existencia de desequilibrios financieros y el ejercicio desigual de los derechos relacionados con la salud.

Desequilibrios en materia financiera:

13. Las transiciones epidemiológica y demográfica han generados 5 grandes desequilibrios en esta materia:

9. Idem.

a) En el nivel o monto de los recursos destinados a la salud. México destina el 5.7% del Producto Interno Bruto (PIB); cantidad por debajo de países como Costa Rica, Colombia y Uruguay. El promedio latinoamericano es del 6.1%

b) En el origen de los fondos. La mayor parte de financiamiento proviene de las familias. En México el 50% del gasto en salud proviene de las familias. En Costa Rica y Colombia es del 22-23%. Esto rompe con "la Solidaridad Financiera" = personas enfermas y de menos recursos se benefician de las contribuciones de personas sanas y con mayores recursos, = nos lleva al principio de justicia financiera que señala el individuo debe aportar de acuerdo con su capacidad de pago y recibir en función de sus necesidades de salud.

c) El pago de esta forma es regresivo, expone a las familias a pagos excesivos inciertos y derivados de la enfermedad y los accidentes. El cálculo por año es de 2 a 3 millones de familias en estos supuestos que llegan al empobrecimiento.

d) La falta de aseguramiento de un mecanismo preventivo en salud desincentiva a la población que prefiere esperar hasta que la enfermedad se agrave.

e) Como ultimo punto, la población prefiere hacer uso de los servicios de salud cuando esta enferma y vía la atención de la emergencia.

14. La distribución de los recursos públicos generalmente se concentra en las instituciones que atienden a los trabajadores de la economía formal.

15. Debe sumarse a la concentración de recursos referida en el punto anterior, la asignación de recursos per-capita, en donde encontramos entidades con grandes diferencias hasta de 9 a 1, lo que impide una relación directa asignación = solución a las necesidades de salud. Generalmente las entidades con mas necesidades del servicio de salud son las que menos recursos reciben para ese rubro.

16. La descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada se culminó en 1999; sin concretarse con las reglas adecuadas para su operación. Esto ha traído por consecuencia un impacto desequilibrado los presupuestos y asignaciones estatales. Un ejemplo claro es que hay Estados que asignan a los servicios estatales de salud 535 veces mas recursos que otros,

17. El sector salud a nivel nacional destina cada vez mas recursos al pago de nomina que a la inversión sobre el rubro.

Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006

18. La necesidad de resolver estos desequilibrios se acumula en el plan de desarrollo. Este plan reconoce: desigualdades en la distribución de los recursos para la salud entre instituciones
grupos de población
niveles de atención
exigencias y revisión de los criterios de distribución
alternativas de presupuestación

19. Mejores reglas para control de quienes manejan los recursos respectivos a todos los niveles.

20. El ejercicio desigual de los derechos relacionados con la salud, se deriva de la pluralidad institucional que tiene hoy en día nuestro sistema de salud.

21. El modelo actual no responde a la realidad actual. El mayor reto es construir un **sistema universal de protección social**.

22. Este sistema universal debe comprender la seguridad social formal y los nuevos mecanismos de acceso efectivo a los derechos sociales para quienes no participan en el sector formal de la economía.

23. Se hizo necesario diseñar un esquema integrado y equitativo de financiamiento con 3 seguros públicos, cada uno con naturaleza tripartita.

La exigencia de una reforma financiera bajo los aspectos de la Rectoría.

generación de recursos para la salud.

investigación y desarrollo tecnológico.

formación de recursos humanos.

prestación de servicios a la comunidad y
prestación de servicios de salud a la persona.

Objetivo de la iniciativa

- 24. Corregir los desequilibrios financieros antes descritos,
Definir la corresponsabilidad entre ordenes de gobierno y con la ciudadanía, y
Dar contenido efectivo al ejercicio pleno de los **derechos sociales, incluyendo el derecho a la protección de la salud.**

Busca garantizar el **derecho constitucional** de la protección de la salud, por medio del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud.

Punto medular de la propuesta

- 25. Lograr la gran innovación del sistema de salud en México, que tuvo lugar desde 1943, es decir, el aseguramiento en materia de salud, se extiende a todos los mexicanos a través de la constitución de un nuevo sistema integrado por **tres seguros públicos de salud:**

Un seguro para asalariados del sector privado formal de la economía

Un seguro para los trabajadores al servicio del Estado

Un seguro para los autoempleados y desempleados sin acceso a la seguridad social operado por el Sistema de Protección Social de Salud.

- 26. **Con este tercer seguro publico como nuevo componente financiero del Sistema Nacional de Salud, se alcanza el ideal de la universalidad de la seguridad social en materia de salud.**

- 27. Mediante la creación de este sistema se da la oportunidad de que familias y personas no derechohabientes, pero interesadas se incorporen al mismo y que como **materia de salubridad se incorporen al texto de la ley.**

- 28. A este tipo de población se le denomina abierta, su afiliación logra que todos los mexicanos cuenten con un seguro medico publico **y mediante su afiliación se hacen explícitos los derechos y mecanismos de financiamiento correspondientes.**

- 29. **El pago de cuotas que se genere por la atención del afiliado, será sustituido por una aportación familiar anual y anticipada, conforme a la condición socioeconómica.**

- 30. **Se protegerá a las familias con un catalogo de servicios esenciales de salud, que incluirán sin costo adicional los medicamentos asociados a los tratamientos.**

Catálogo de Servicios esenciales

- 31. Será definido por el Consejo de Salubridad General.
- 32. Este Consejo hará explícitos los derechos y las obligaciones de los beneficiarios.
- 33. Estos servicios esenciales de salud prevén la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnostico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación.
- 34. Serán seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, **costo**, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.
- 35. Estos criterios serán también aplicados a la definición de los medicamentos asociados a los tratamientos.

.....

2.- La aplicación parcial del Servicio de Protección Social en la Salud frente a la sociedad mexicana.

Considerando los aspectos antes enunciados que aborda la iniciativa y analizando los artículos transcritos, no cabe mas que deducir que las mismas van encaminadas a otro sector de la población mexicana y, de nueva cuenta, dejan fuera a la mayoría de los ciudadanos mexicanos, en especial a los grupos indígenas ubicados en aquellas zonas no consideradas como importantes para efectos de la asignación de recursos económicos.

Hay una serie de contradicciones entre la exposición de motivos de la reforma de ley que presumiblemente aborda la realidad de nuestra sociedad y la realidad en que vivimos.

Es inconcebible hablar de redistribución del presupuesto, reasignación de recursos, reclasificación del gasto incluyendo a la ciudadanía, en una economía donde hay carencia económica, falta de desarrollo en todos los ámbitos, pluralidad de culturas e imposibilidad de comunicación entre todos los miembros de esta sociedad.

Esto sin contar con términos confusos utilizados en la misma iniciativa, y que no son mas que la transcripción de los términos que ocupan, sin conocer, los representantes de la sociedad ante el Congreso, su verdadero significado; nos referimos de forma enunciativa a términos como:

- democratizar la atención a la salud
- buscar un sistema universal de protección social
- derechos sociales
- derecho constitucional a la salud
- seguros públicos de salud
- un seguro publico como nuevo componente financiero del sistema nacional de salud.
- La finalidad de la afiliación es hacer explícitos los derechos y mecanismos de financiamiento correspondientes
- la sustitución de cuota por aportación y por mencionar otro mas
- un catalogo de servicios esenciales de salud

B) Hay otros aspectos relevantes a considerar:

Sobre las comunidades existentes en nuestro territorio nacional

Han olvidado al paso del tiempo, tantas facetas que tiene este país, entre ellas una prioritaria, la comunidad indígena. Un porcentaje alto de la población en este país, no habla español. Esa es la base para que no exista la comunicación entre todos los miembros de esta sociedad, el entendimiento y el respeto. Han olvidado que las costumbres, creencias, raíces e identidad de los grupos asentados en el territorio nacional no van a cambiar; por ende no aceptaran criterios e ideas propuestas como las de esta iniciativa de ley, o como este tipo de Seguro Publico cuando el mismo esta sujeto a una cuota anual, o cuando la medicina que se imparte, considerada por tales grupos va contra sus raíces. El camino no es la homogenización de los servicios, por el contrario, **es dotar de una base amplia del servicio de salud con aceptación de lo heterogéneo social y cultural que tiene nuestro país.**

La pluriculturalidad es el inicio del camino. No será suficiente una redistribución de recursos, una disminución de gasto interno o la reestructuración de gasto familiar para solucionar tal problema.

Sobre las reformas legales:

Todo ello sin considerar que, una vez mas hemos concluido en una serie de reformas que tienen como objetivo, sin duda, ser utilizadas por un determinado sector y dar un derecho incierto a la sociedad sobre el derecho a la salud, aun y el texto del articulo 4 de la Constitución Federal por cuanto hace a la Salud, pues el hecho de que la prestación de los servicios de salud se quiera aportar bajo el concepto del financiamiento de aquellos

trabajadores que no forman parte de la economía formal, burlándose en la iniciativa de la sociedad, cuando se refiere al hecho de que el peor camino para llegar a la pobreza es el pago de la salud con cargo al bolsillo de las familias del país, (según lo analizamos en líneas anteriores), no da mas pie que a pensar que las reformas de la ley son en beneficio de un sector, contrarias a las que requerimos como son Abstractas, Impersonales y Generales.

Sobre lo que encubre un nuevo sistema de salud como este:

Bajo el velo de la idea de una democratización de la salud aunada a la búsqueda de la solución al desequilibrio financiero en el ámbito de la misma y al quebranto financiero del sistema de salud en México, el nuevo sistema de seguro público da un paso hacia la equivocada solución del problema.

Ni la iniciativa ni las reformas, buscan una real solución; por el contrario es otro Sistema mas de Servicio de Salud. Para robustecer lo mencionado haremos una breve comparación con los otros sistemas de salud existentes en México, llamados "seguros Públicos de Salud".

3.- Aspectos de Salud que cubren los diferentes sistemas de seguros públicos.

La Ley del Seguro Social.

Protege respecto de la alteración de la salud a la que llega mediante el acaecimiento de los riesgos siguientes:

Riesgos de Trabajo.

La incapacidad laboral.

La muerte.

La vejez

El desempleo

La Familia

La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado retiene los siguientes riesgos productores de las contingencias protegidas:

La alteración de salud.

La incapacidad laboral.

El seguro del Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

La muerte.

La vejez.

El desempleo.

La familia.

En la Ley del Instituto de Seguridad para las Fuerzas Armadas Mexicanas son contingencias protegidas:

La alteración de la salud.

La incapacidad laboral.

La muerte.

La familia.

Profundizaremos un poco mas sobre estos servicios en líneas posteriores dentro de este capitulo.

La Ley General de Salud, que en lo conducente enmarca al Sistema de Protección Social en la Salud busca cubrir los servicios mencionados en párrafos anteriores.

La pregunta obligada seria: Acaso hay similitud con los sistemas actuales?

Con leer tenemos la respuesta, los otros servicios surgieron con fines específicos y sin que la salud fuera aun un derecho constitucional (como lo marca la iniciativa).

Este nuevo Sistema nace también de la existencia de un derecho individual-social; conjuntamente con el crecimiento de las demandas de la sociedad y que han quedado enlistadas dentro del análisis a la iniciativa plasmado en párrafos anteriores.

No es viable crear un servicio mas, fingiendo con ello que se cubrirá así el Derecho a la Salud y se solucionararan los problemas inherentes a esto en todo el país, logrando así finalmente generar una verdadera Garantía Constitucional.

Algo mas lamentable es que este servicio de “Seguro Popular” impiden el acceso al servicio de salud a aquellos que no cuenten con ingreso alguno. El escudo que utilizan las instituciones que pretenden dar el servicio para este sector de la población ya se señalaron en el análisis numerado que se expuso en párrafos anteriores, pero de ello sustraeremos solo dos puntos como referencia:

1. LA EXIGENCIA de un estudio socio-económico y
2. LA IMPOSIBILIDAD de prestar o brindar todos los servicios generales básicos de asistencia a la salud, salvo aquellos que se encuentran en su Catalogo respectivo.

Sugerimos remitirnos a la historia, en especifico al capitulo I de este trabajo donde claramente indicamos en que momentos de la historia misma, los gobernantes entendieron el “BENEFICIO DE UNA POBLACION SANA”.

Un “Sistema de Protección Social” como este, es un paliativo casi risible.

Pero debemos seguir adelante con nuestro análisis

Sobre los aspectos propios de los grupos asentados o étnicos en nuestro país.

En México contamos, además de los indicados con anterioridad, con otros aspectos a considerar, aspectos propios de regiones, lo cual los hace particulares; como lo son la ubicación territorial, la idiosincrasia, cultura de origen, las creencias religiosas o teológicas o espirituales, etc.

Aspectos enumerados en diversos párrafos, criterios vertidos a lo largo de este capitulo en diversos sentidos y la necesidad de partir de la salud como derecho natural al ser humano, nos obliga irremediamente a retomar nuevamente nuestra Ley Suprema, esto es, a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Por ello, anunciamos en este capitulo que una vía o camino a la solución seria una propuesta de reforma al texto constitucional.

Transcribiremos parte de la propuesta que planteamos (en lo conducente) y la expondremos en su totalidad al final de este capítulo.

Propuesta:

.....

Art. 4.

..... Primer párrafo.

..... Segundo párrafo.

..... Tercer párrafo:

“Toda persona tiene derecho a la protección a la Salud. El Estado está obligado a proporcionar el servicio de forma gratuita”

Recordemos que la Constitución Política tiene efectos eminentemente declarativos; y en ese sentido un texto exacto evitará que surjan objeciones y evitaría dudas y riesgos de surgimiento de legislaciones contrarias o confusas al texto constitucional.

Deberá esta Ley Suprema --- además de ser enunciativa --- ser descriptiva, por lo que hace a las garantías individuales.

Más aun, en mi opinión obligará a que las leyes que de la misma emanan sean aún más explícitas.

Sobre el termino “Seguro Popular”:

El término “Seguro Popular” no permite tener una idea exacta para su aplicación, mucho menos explicar su concepto a la ciudadanía; por el contrario el concepto de “Seguro Popular” es bastante ambiguo. Las razones para sustentar esto son varias. Tan solo con iniciar con el vocablo entenderemos:

*“Seguro”: libre y exento de todo peligro, riesgo o daño. Indubitable, cierto y en cierta forma infalible. Firme, constante y que no se haya en peligro de faltar o caerse.
(sin entrar a las definiciones específicas según el rubro a definir)*

“Popular”: perteneciente o relativo al pueblo. Del pueblo o de la plebe, o bien que por su afabilidad es grato al pueblo.

¿Que encubren las reformas y su aplicación?

La respuesta la daremos en dos frases:

Seguro Popular = Populismo = obligación, dispensa o regalo gubernamental ó
Seguro Popular = Plebe = paliativo para los que no tienen nada.

Sobre la ingerencia de los recursos federales, estatales y municipales

Otro aspecto importante es que, parte de los recursos destinados a este nuevo sistema de servicio de salud, provienen de las entidades estatales. (arts. 77 bis 11, 13, 2 de la Ley General de Salud). A este apartado relacionado con los Estados le es llamado "Regímenes Estatales".

La idea del sustento de este servicio es que sea de carácter tripartita, Federación, Estado y Particular; lo que a mi parecer deja en un estado de indefensión a esos tan renombrados grupos "vulnerables" ubicados en zonas marginadas, y por que se sustenta esta teoría? La figura tripartita imposibilita que este llegue a toda la ciudadanía, pues omite apoyarse en un tercer peldaño organizacional y gubernamental: el Municipio.

Este último es en la mayor de las veces dentro de esos grupos desvalidos quien normalmente vive por y para la existencia de su gente, en el sentido de que sin su permanencia el Municipio deja de vivir.

La imposibilidad de obtener servicios en los lugares de origen obliga a la gente a emigrar a las grandes ciudades, por ello los servicios básicos de salud se prestan en estas urbes y caemos en el círculo vicioso de prestar servicios de salud a través del "Seguro Popular" solo a nivel estatal (como la parte organizacional de última importancia o menos envergadura) y no aumentar el servicio a otros miembros de la sociedad mexicana, las comunidades municipales.

Solo imaginemos, si podemos hacerlo, que, según los estudios del Investigador Profesor Leopoldo Valiñas, Investigador del Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Escuela Nacional de Antropología de la Universidad Nacional Autónoma de México, señala entre otros puntos que:

- a) Para entender las formaciones étnicas de nuestro país, existen estimaciones políticas y académicas en cuanto a su existencia.
- b) Que las formas de los grupos son los que hace las lenguas.
- c) Que los grupos de lenguas se agrupan en familias.
- d) Que la lengua de un grupo es su pensamiento y por ende su identidad.
- e) Que sin la existencia de una lengua en determinado grupo racial no hay pensamiento sobre su existencia ni mucho menos sobre su identidad.
- f) Que las lenguas no han sido respetadas y que los usos y costumbres, históricamente hablando han impuesto el uso del idioma español, lo que deja en graves desventajas a los grupos que no lo hablan.
- g) Que una de las lenguas que ha imperado en México ha sido el náhuatl.
- h) Que esta lengua se habla desde el Estado de Chihuahua hasta Centroamérica.
- i) Que la separación de los grupos ha dado origen a que existan 13 formas de hablar la lengua náhuatl.

Sería digno preguntar, después de conocer esta grave situación en el país, en donde día a día se lucha por desaparecer las lenguas existentes en nuestro país (aumentando con ello la comunicación y el recelo hacia las autoridades); por otro lado con alfabetizar según el concepto gubernamental, dando fortaleza a la educación occidental y bajo otro ángulo con obligar a esos grupos a que pierdan, raíz, origen, cultura e identidad, debiéramos preguntarnos ¿Qué tipo de fórmula es esta?

Estos grupos, por estas y muchas otras razones viven en la más profunda pobreza y opresión y sin servicios básicos de salud lo que nos reafirma el criterio de la “Inexistencia de la Garantía Constitucional de Salud”.

D) Los Aspectos de Salud que cubre este sistema y su cuadro comparativo con los otros sistemas existentes.

Para concluir este tema, mencionaremos que la adición a la Ley General de Salud, tiene relación directa con diversas leyes de seguridad social, como la ley del Seguro Social, Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

Los tres ordenamientos mexicanos arriba comentados se dirigen a la protección de las siguientes contingencias, solo con la condicionante de que quien use o necesite el servicio de salud debe ser derechohabiente de los mismos:

La Ley del Seguro Social

Protege respecto de la alteración de la salud a la que llega mediante el acaecimiento de los riesgos siguientes:

Riesgos de Trabajo. Accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo de su trabajo. Se considera accidente de trabajo toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que se preste. También se considerará accidente de trabajo el que se produzca al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo, o de éste a aquél. Enfermedades de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios. En todo caso, serán enfermedades de trabajo las consignadas en la Ley Federal del Trabajo. La existencia de estados anteriores tales como idiosincrasias, taras, discrasias, intoxicaciones o enfermedades crónicas, no es causa para disminuir el grado de la incapacidad temporal o permanente, ni las prestaciones que correspondan al trabajador. No se considerarán riesgos de trabajo los que sobrevengan por algunas de las siguientes causas: si el accidente ocurre encontrándose el trabajador en estado de embriaguez; si el accidente ocurre encontrándose el trabajador bajo la acción de algún psicotrópico, narcótico o droga enervante, salvo que exista prescripción médica; si el trabajador se ocasiona intencionalmente una incapacidad o lesión por sí o de acuerdo con otra persona; si la incapacidad o el siniestro es resultado de alguna riña o intento de suicidio, y si el siniestro es el resultado de un delito intencional del que fuere responsable el trabajador asegurado: Si ocurre algunas de las causas señaladas en el artículo anterior, el trabajador asegurado tendrá derecho a las prestaciones del ramo de enfermedades y maternidad, o bien a la pensión de invalidez. Si acaeciera la muerte, los beneficiarios del asegurado tendrán derecho a las prestaciones en dinero previstas para los riesgos de trabajo.

La incapacidad laboral. Los riesgos de trabajo pueden producir incapacidad temporal, incapacidad permanente parcial, incapacidad permanente total, y la muerte. La misma contingencia de alteración de la salud e incapacidad laboral puede presentarse a causa de los riesgos denominados enfermedades (no profesionales) y maternidad.

La muerte. La Ley del Seguro Social establece el seguro por muerte.

La vejez. La vejez de derecho al otorgamiento de diversas prestaciones, se requiere que el asegurado haya cumplido 65 años de edad y un mínimo de cotizaciones.

El desempleo. La Ley del Seguro Social no contempla sino la cesantía en edad avanzada, la que existe cuando el asegurado quede privado de trabajos remunerados después de los sesenta años de edad se requiere un mínimo de cotizaciones.

La Familia. Dos mecanismos existen en la Ley del Seguro Social para enfrentar esta contingencia: la ayuda para gastos de matrimonio y las asignaciones familiares, y ayuda asistencial. Las asignaciones consisten en ayuda por concepto de carga familiar que se concede a los beneficiarios del pensionado por invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada. La ayuda asistencial consiste en el incremento hasta el 20% de la pensión de invalidez, cesantía en edad avanzada o viudez que éste disfrutando el pensionado.

La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Retiene los siguientes riesgos productores de las contingencias protegidas:

La alteración de salud. Es protegida en los siguientes términos: serán reputados como accidentes de trabajo los que se realicen en las circunstancias y con las características que especifica la Ley Federal del Trabajo. Se contempla también el accidente in itinere. Asimismo, se consideran enfermedades profesionales las que reúnan las circunstancias y características señaladas en la Ley Federal del Trabajo. Queda establecido en el mismo ordenamiento un seguro de enfermedades no profesionales y maternidad.

La incapacidad laboral. Tratándose del seguro de enfermedades no profesionales y maternidad, se prevé el acaecimiento de la incapacidad y su protección.

El seguro del Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales prevé, asimismo, la incapacidad temporal parcial permanente y total permanente.

La muerte. Distingue la protección cuando se trata de la contingencia producida por el acaecimiento de riesgo profesional, de la que se otorga cuando el acaecimiento ocurre por causas ajenas al servicio. Se prevé la ayuda para gastos de funerales.

La vejez. La protección se dispensa a los trabajadores que, teniendo 55 años de edad, hayan cumplido 15 años de servicios como mínimo e igual tiempo de contribución al ente gestor del sistema.

El desempleo. La ley sólo establece la jubilación para los trabajadores con 30 años o más de servicios e igual tiempo de contribución al Instituto, cualquiera que sea su edad.

La familia. Se protege, en el caso de maternidad, la esposa del trabajador o del pensionista. Desde luego, en este evento, queda protegida también la mujer trabajadora. No existe previsión para las cargas familiares.

En la Ley del Instituto de Seguridad para las Fuerzas Armadas Mexicanas

Son contingencias protegidas:

La alteración de la salud. Se prevé la protección a los militares y a sus familiares mediante en servicio integral por el cual se trata de conservar la salud de las personas, entendiéndose por este concepto no sólo la ausencia de enfermedad, sino también el bienestar físico y mental.

La incapacidad laboral. Quedar inutilizado en acción de armas o como consecuencia de lesiones recibidas en ella, y quedar inutilizado en actos del servicio o fuera de él, estar

imposibilitado para el desempeño de las obligaciones militares por enfermedad que dure más de seis meses, son los eventos que protege la ley (artículo 22, L. ISSF AM) mediante haberes de retiro, compensaciones y pensiones.

La muerte. Se prevé una pensión a los familiares del militar muerto en el activo, otra a los que de quien se le hubiere otorgado haber de retiro. Al fallecimiento de un militar sus deudos tienen derecho a pagos de defunción y ayudas para gastos de sepelio a favor de generales, jefes y oficiales en caso de defunción del cónyuge, de los padres o de los hijos. El personal de tropa disfrutará también de esta ayuda. Queda previsto también un seguro de vida militar con objeto de proporcionar una ayuda pecuniaria a los beneficiarios de los militares que fallezcan, cualquiera que sea la causa de su muerte. Se trata de un seguro obligatorio para los militares en servicio activo. Se establecen además servicios funerarios mediante el pago de cuotas – costo – la vejez, tiene derecho al haber del retiro íntegro los militares que hayan cumplido 30 o más años de servicio. Se fija en el artículo la edad límite para permanecer en el activo, y modula, mediante porcentajes, los haberes de retiro conforme a los años de servicios. Se prevé un fondo de ahorro y casas – hogar para retirados.

La familia. Se establecen centros de bienestar infantil, becas y créditos de capacitación tecnológica para los hijos de los militares, internados oficiales y servicio materno – infantil que comprende consultas y tratamiento ginecológico, obstétrico y prenatal; atención del parto, atención del infante y ayuda a la lactancia.

Irónicamente existe en nuestro país algunos otros servicios gratuitos de salud, cubiertos económicamente por filántropos como los que existieron en la época de la colonia; o por miembros de algunas comunidades religiosas, lo cual permite calificar, entre otros aspectos, a las políticas de Estado sobre este rubro como incapaces en su aplicación, y con el mayor respeto posible emito mi opinión en el sentido de que esto ridiculiza al Estado Mexicano por no poder cumplir con esta obligación y mas aun por no entender (o demostrar no entender aun) como resolver el problema.

Terminando con el análisis de los diferentes aspectos y efectos del nacimiento, desarrollo y aplicación del “Sistema de Protección Social en la Salud” = Seguro Popular, concluiremos el mismo con tres aspectos finales; una propuesta de reforma al texto constitucional; ello independiente de que refiramos lo mismo en el capítulo de propuestas y dos conceptos sobre el hecho de que

- a) la propuesta de reforma a la Constitución Federal, ya inserta en líneas anteriores y señalando que la forma en la que ha sido abordado el problema esta lejos de la solución, y con desaliento mencionamos que:
- b) las propuestas y expectativas del sexenio presidencial actual, correrán la misma suerte; para ello basta con analizar las manifestaciones que públicamente han realizado los miembros del gabinete del área social del Poder Ejecutivo Federal que entró en funciones en el mes de diciembre del 2006.
- c) **nuestra propuesta global de reforma es la siguiente:**

.....

Art. 4.

..... Primer párrafo.

..... Segundo párrafo.

..... Tercer párrafo:

“Toda persona tiene derecho a la protección a la Salud. El Estado está obligado a proporcionar el servicio de forma gratuita y atendiendo a las necesidades y circunstancias especiales de cada sector de la sociedad, de cada región eminentemente étnica. La Ley de la materia definirá las bases y modalidades”.....

**CITAS BIBLIOGRÁFICAS
CAPITULO III**

- 1.- Iniciativa de Ley. México Distrito Federal 22 de abril de 2003. Pág. 1 y 2.
- 2.- Idem. Págs. 3 y 4.
- 3.- Idem. Págs. 5 y 6.
- 4.- Idem. Págs. 7 y 8
- 5.- Idem. Págs. 9 a 11
- 6.- Idem. Págs. 11 a 13.
- 7.- Ley General de Salud.
- 8.- Idem.
- 9.- Idem.

**CAPITULO IV
LA INEXISTENCIA DE
LA LEY DEL
SEGURO POPULAR**

Abreviaturas utilizadas en este capítulo

(AISS) Asociación Internacional de la Seguridad Social

(CASES) Catalogo de Servicios Esenciales

(CABEME) Catálogo de Beneficios Médicos

(CMMS) Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud

(FASSA) Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud

(FASS-C) Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad

(FASS-P) Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona

(LGS) La Ley General de Salud

(OCDE) Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

(OMS) Organización Mundial de la Salud

(ONGs) Organizaciones No Gubernamentales

(SPSS) Sistema de Protección Social en Salud

CAPITULO IV LA INEXISTENCIA DE LA LEY DEL SEGURO POPULAR.

Introducción general.

Antes de abordar este tema, debemos recapitular muy brevemente algunos aspectos que han sido señalados en capítulos anteriores.

Retomar tales conceptos nos hará entender que iniciativas, leyes, debates, etcétera, realizados sobre el rubro de la salud, no son más que estudios parciales del tema, los cuales suenan más a justificación que a un análisis profundo del mismo.

Por otro lado todas las autoridades inmersas en la solución del problema, envían un mensaje con su actuar que nos hacen percibir que la creación del Seguro Popular es solo un paliativo o justificante, y bajo el ideal reforzarlo han querido ubicar al “Seguro Popular” dentro del andar de nuestra sociedad como algo cercano a la solución al problema que nos compete abordar en este trabajo; la salud.

Este capítulo lo hemos dividido en siete incisos primarios, en orden tal que nos permita demostrar que la ley referida no existe y que el “seguro popular” no es mas que otro sistema creado por el gobierno federal como paliativo al grave problema de salud en México.

Nuestra remembranza en puntos específicos ya analizados, aunado al presente capítulo, permitirá hilar todo el trabajo, y con ello reiterar nuestra posición sobre la inviabilidad de la prestación del servicio de salud a nivel nacional, aun y la existencia del derecho a la salud en nuestra constitución federal.

A) El otorgamiento del servicio de salud vigente mediante un nuevo tercer tipo de seguro público.

Como ya se ha indicado, en la historia de México se ha dado el servicio de salud bajo características especiales, a saber:

a) Estuvo en manos de la Realeza o Nobleza, tanto en la época prehispánica como en la época colonial.

b) Durante la época colonial, éste servicio fue apoyado por la filantropía, por la Iglesia, las finanzas reales y por miembros de la comunidad misma de ese entonces. En esta misma época, existió de forma clara la idea de los beneficios que reporta una sociedad sana. Incluso se caracterizó por expandir los servicios de salud, especialmente los que se encontraban en manos de la iglesia católica y su sostenimiento hasta inicios del periodo independentista.

(Ver figuras 3, 4, 6 y 7 en relación con la época primeramente mencionada y 9 Y 10 y 10B en relación con la segunda. Capítulo I).

c) Después del inicio de la Independencia Mexicana, no se dieron avances durante la primera mitad del siglo por parte del Gobierno Federal, solo subsistieron los servicios

mínimos federales y los que se encontraban en manos de terceros ajenos a la autoridad (servicios otorgados por filántropos, iglesia católica, etc.)

En la segunda mitad de este siglo de Independencia, surgieron diversas instituciones de asistencia social y de salud, algunas de ellas bajo el mandato del General Porfirio Díaz.

(Ver figura 11 en relación con la época de Independencia. Capítulo I)

d) Entrando al periodo de la Revolución Mexicana, el servicio de salud ha estado primordialmente en manos de titulares del Poder Ejecutivo Federal, los cuales no han encontrado la salida a este problema.

Han realizado diversas acciones que van desde campañas hasta reformas a nivel constitucional. (Ver figura 12 en relación con la época de Revolución. Capítulo I)

Queriendo elevar el derecho a la salud a rango constitucional, para que así se pueda cumplir con el ideal respectivo, de forma contraria y contradictoria, el Estado ha estado muy a favor de continuar con la prestación del servicio de salud, dejándolo en manos de terceros, tal y como se vivió en la época colonial.

B) La búsqueda de fondos y métodos de financiamiento para el servicio de salud, aplicables hasta nuestros días, dada la imposibilidad del Estado para cubrir este rubro frente a la sociedad.

Consecuencia de la forma en que el sistema de salud se ha dado en México, es imperioso profundizar sobre el origen de los fondos o **Métodos de Financiamiento de los Sistemas De Prestación De Servicio De Salud.**

Esto, según nuestra perspectiva es de suma importancia. Conocer los distintos métodos de financiamiento que en forma general existen, permitirá darnos cuenta del sistema de prestación de los Servicios de Salud que impera en la actualidad y por otro lado, del papel doble que juega El Estado sobre el tratamiento de este problema.

Basándose en el estudio realizado por Milton I. Roemer, los métodos de financiamiento en general se clasifican en 6 tipos:

1.- Pago personal.- El cual se traduce en la adquisición privada del servicio, a través de los recursos del individuo o de préstamos recibidos de amigos, o compañías crediticias (en sus distintas formas).

2.- Caridad.- Que es la ayuda por fondos donados por personas que pueden o no constituirse en beneficiarios del servicio.

3.- Industria.- Es la prestación de estos servicios a expensas de la empresa, la cual realiza con sus recursos.

4.- Seguro Voluntario.- Es la prestación de servicios que se verifica por las contribuciones aportadas por un grupo de personas, y que solo amparan a los contribuyentes y sus familiares

5.- Seguro Social.- Es la obligación impuesta por la ley de prestar determinados servicios a los beneficiarios designados. "Los requerimientos estatutarios pueden crear fondos oficiales de fideicomiso o asignar por mandato contribuciones a diversos cuerpos no gubernamentales. (1).

6.- Fondos Públicos.- "Es la ayuda mediante impuestos, por una autoridad local, municipal o nacional; sobre ingresos, fondos, ventas, beneficios de corporaciones, etc." (2). Aquí los servicios no se limitan a los contribuyentes.

Observaciones más sobresalientes sobre cada tipo de financiamiento.

1. Pago personal

Este método se caracteriza por que el servicio lo proporcionan médicos independientes y la responsabilidad de buscarlos recae directamente sobre el paciente.

1. Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud. MILTON I. ROEMER, Siglo XXI, México 1976. Pág. 37

2. Idem.

A mayor abundamiento, una forma de entender el pago personal se da en los hospitales de alto nivel económico donde sujetan a sus pacientes al pago de accesorios utilizados por los pacientes internos, tales como calzado de descanso, equipo de uso post-anestésico (“defecadores-comodos”, “mingitorios portátiles-patos”, “escupideras-riñones”, etc.) mantas, trastes y cubiertos.

Todo bajo la idea de la asepsia, y lejos de ser un beneficio para el usuario del servicio hospitalario o de salud, resulta toda una fortuna económica el pago obligatorio de los mismos.

En algunas naciones de Asia y África, donde los Fondos Públicos proporcionan ciertos servicios sanitarios, el pago personal sigue desempeñando una parte importante en el cuidado de unas cuantas personas.

El sistema de pago personal mantiene en muchos países a los curanderos no científicos, con pagos excesivos por sus servicios y en algunas ocasiones recibiendo los mismos en mercancías.

“De igual manera en todos los países se pagan personalmente medicamentos auto-recetados. En América Latina, los estudios han demostrado que estos gastos son elevados y equivalen a más de la mitad de todos los gastos personales en servicios sanitarios”. (3)

2. Caridad

Sistema de ayuda apoyada en los valores morales de la sociedad en beneficiar a su prójimo, sin recibir nada a cambio.

Por lo que respecta a este sistema, actualmente en ningún país predomina ésta como método de financiamiento para la salud, aunque no debemos olvidar que en durante la historia y hasta nuestros días, al menos en nuestro país, la caridad ha desempeñado un papel importante en toda la Europa y por supuesto en nuestro país.

Las reglas y normas caritativas fueron impuestas por españoles y portugueses en la América latina donde los Hospitales de beneficencia fueron las primeras manifestaciones organizadas de atención médica (dispensarios médicos). A pesar de que estas instituciones recibían grandes donaciones, éstas carecían de personal calificado y contaban con salas mal equipadas y escaso instrumental quirúrgico.

“Las misiones sostenidas por los religiosos en África y en otras partes sin duda son una sólida contribución a bajísimo costo, pero raramente son modelos de medicina moderna, con frecuencia tienen que subsidiarlas los gobiernos, y aceptan gratificaciones de los pacientes que pueden permitirse darlas”. (4).

Actualmente este sistema basado en la caridad ha ido desapareciendo para dar paso, a la integración de servicios de Salubridad Oficiales. En América Latina, La Cruz Roja por ejemplo, que proporciona servicios de ambulancia y emergencia empezó con donativos privados, sosteniéndose actualmente incluso con grandes subsidios del Gobierno.

3. La Industria

El servicio de salud industrial se encuentra presente en la mayoría de los países, sean estos capitalistas, o en desarrollo, pero en ninguno de ellos es el sistema predominante.

Las grandes industrias son las encargadas de proporcionar la atención médica mínima a sus trabajadores, ya que los administradores de estas corporaciones saben que los obreros sanos representan mayor rendimiento, lo cual se traduce en boyantes utilidades.

“Los servicios industriales en los países en desarrollo, -- comparados con países como los Estados Unidos de Norteamérica, en general tienen una amplitud mayor, prestando servicios preventivos para el personal, saneamiento del ambiente y atención médica general”. (5)

3. Idem.

4. Idem. Pág. 38

5. Idem. Pág. 38

4. El Seguro Voluntario

Este sistema ha constituido una forma importante de financiar la atención médica, surgiendo en el siglo XVIII y principios del XIX en toda Europa.

“Los consumidores organizaban innumerables fondos de enfermedad, sociedades de amigos y asociaciones de beneficio mutuo, sobre una base ocupacional o geográfica como lo fueron en México las cofradías, para pagar los gastos de atención médica extra-hospitalarios. De estos salieron por evolución los sistemas obligatorios que conocemos ahora por seguro social o seguridad social”. (6)

Actualmente la mayoría de los países europeos que tenían sociedades de seguro de salud voluntarios, se ha integrado por completo a los sistemas de seguro social. Incluso en países como España, Alemania, Francia e Italia; por disposición de Ley las personas están obligadas a ingresar a éstos, y pagar sus cuotas, recibiendo a cambio atención médica y otros beneficios.

El problema que aún subsiste en los países con este tipo de financiamiento son sus condicionantes como el hecho de que las sociedades que han conformado los diversos tipos de seguro no han logrado modificar las normas básicas de la práctica privada de la medicina y la ortodoncia, así como la venta privada de medicamentos e instrumental.

Esto último con una alta semejanza al servicio de salud privado en México, donde en los hospitales de alto nivel económico sujetan a sus pacientes al pago de accesorios utilizados por los pacientes internos, tales como calzado de descanso, equipo de uso post-anestésico (“defecadores-comodos”, “mingitorios portátiles-patos”, “escupideras-riñones”, etc.) mantas, trastos, cubiertos y utensilios de uso personal (cepillo de dientes, cepillo para pelo, etc.).

Reiteramos que esto es vendido bajo la idea de la asepsia, con las repercusiones que en renglones anteriores se han mencionado.

Estos conceptos también los encontramos dentro del rubro de pago personal.

Existen dos países actualmente, que pueden considerarse como los modelos puros de este sistema y los cuales son Australia y los Estados Unidos de Norteamérica. En ambas naciones, el seguro voluntario de salud constituye la fuente principal de financiamiento. “El gobierno de Los Estados Unidos de Norteamérica subsidia estos planes para reforzar su capacidad de atraer a personas de ingresos bajos, mecanismos propuestos en los Estados Unidos por el Congreso”. (7)

Los mayores logros obtenidos en este último país, se han debido inicialmente a la depresión de 1929-1939, y los altos costos de la atención médica. Pero en realidad el seguro voluntario ha cobrado importancia en esta Nación gracias a la acción de proveedores como lo son los hospitales y doctores, y a las compañías aseguradoras.

Como dato extra podemos señalar que para 1964, aproximadamente el 78% de la población norteamericana tenía ya alguna forma de seguro privado para gastos de hospital.

El sector menos favorecido constituido por la población rural, ancianos y pobres fueron atendidos a raíz de la promulgación en 1965 del seguro social para los ancianos. “

Al igual que en Europa, los planes del seguro voluntario entraron en el sistema del seguro social como intermediarios para el pago de honorarios de médico, cuentas de hospital y otros, y no como portadores locales de riesgo financiero”. (8)

5. Seguridad Social

Milton I. Roemer nos menciona al respecto de este sistema de financiamiento, señalando dos ejemplos de países con circunstancias históricas especiales, entre ellas el haber pertenecido al régimen socialista.

6. Idem.

7. Idem.

8. Idem. Pág.40

“La organización de dos países Europeos en los cuales la relación entre la seguridad social y las normas de prestación de los cuidados médicos han sufrido una modificación y los cuales son: Polonia y Yugoslavia. Estos países, después de sus revoluciones han conservado la idea de seguridad social, pero no en forma de seguros locales semi-autónomos, sino por el contrario, han instalado un Sistema Nacional integrado con las aportaciones de los empleados industriales. El fondo nacional para el seguro fue la fuente principal de donde dimanó la ayuda para una red de centros de salud, policlínica y hospitales con personal técnico a sueldo”. (9)

La mayoría de la población utiliza estos recursos sin pagar, aproximadamente el 30% de la población polaca se sirve de ellos, pagando o buscando los servicios médicos privados.

En los países Latinoamericanos, la idea del seguro social tienen una connotación distintas a la Europa; en países como México, Brasil, Perú y otros lugares, este sistema solo cubre a un 10% o 15% de los ciudadanos que son obreros industriales. Milton I. Roemer considera que existe en ellos un sistema de servicio médico separado y bien desarrollado, el cual se presta mediante una red especial de hospitales y centro de salud.

Concluye mencionando que “en general, se considera que la seguridad social tiene la ventaja de la estabilidad fiscal, al contrario de otros modos de financiar los cuidados médicos”, (10) sin que el mismo se encuentre sujeto a las incertidumbres de la caridad o de la inscripción voluntaria.

Nuestra apreciación es que este último concepto ha variado enormemente al paso del tiempo, hoy resulta que esa red especial de hospitales atiende con un mínimo de infraestructura, salvo excepciones, y carece de ventajas para la sociedad.

Resulta tan débil este sistema, que los regimenes fiscales “beneficios” a los que están sujetos, se ven compensados, pues se equilibran al encarecerlos a través del usuario particular.

Por otro lado, un ejemplo de cómo el Estado ha querido resolver la ineficacia de este servicio de salud, es precisamente la creación del “SEGURO POPULAR”.

6. Fondos Públicos

En la mayoría de los países del mundo se utilizan los ingresos públicos de origen fiscal para financiar algunas partes componentes de servicios de salud. Pero en algunos otros países, el método predominante de apoyo financiero para todos los sistemas de salud son los impuestos, pudiendo con esta distinción, clasificar en tres grupos estos métodos:

a) El grupo de países que han pasado de un método de financiamiento de seguro social a fondos públicos, ejemplos de ellos tenemos a Nueva Zelanda, Gran Bretaña y Chile.

El primero de ellos introdujo en 1939 el programa Seguro Social, proporcionando con esta atención médica de todo tipo, hospitalización, medicamentos y cuidados dentales para infantes, llegando la mayoría de los residentes a estar asegurados a través del pago de una cuota sanitaria especial.

Para 1965 el programa se encontraba tan consolidado que se transfirió a la ayuda de fondos públicos.

Gran Bretaña por su parte inició con un Seguro Obligatorio de Salud, para trabajadores manuales en 1911, que contemplaba la atención médica general y medicamentos, sin embargo la hospitalización se pagaba mediante fondos públicos, seguro voluntario y pagos personales.

No es sino hasta después de la Segunda Guerra Mundial que se creó el Servicio Nacional de Salud, financiada en un 80% por la hacienda pública, la cual cubría la atención médica de casi toda la población.

Lo más importante fue que todos los hospitales voluntarios y municipales pasaron a ser administrados y dirigidos por el Gobierno a través de “**Juntas Regionales de Hospitales**”.

9. Idem. Pág. 41

10. Idem.

Asimismo, realizaron una serie de regulaciones a fin de que la población de doctores tuviera una mejor distribución, la aplicación de los medicamentos fuera más razonable y se fomentó la agrupación de médicos generales.

Chile a su vez, fue el primer país latinoamericano que aplicó la idea de un seguro social para trabajadores manuales.

En los años de 1924 y 1952 se legisló sobre un Servicio Nacional de Salud que abarcara a todos los obreros asegurados y a sus dependientes, a las familias de ingresos bajos tanto rurales como urbanas, así como a toda la población infantil; para ello se dividió el país en trece zonas sanitarias en las cuales se estableció una red regional de centros de salud y hospitales de distrito y centrales.

Actualmente la inmensa mayoría del personal sanitario trabaja para el servicio Nacional Chileno de Salud.

b) El segundo grupo que mencionaremos son los países que cuentan con fondos públicos propios, para asegurar los servicios médicos, entre ellos se ubican una serie de Naciones en Desarrollo Africanas y Asiáticas. En estos países aún operan en mayor porcentaje los pagos personales, el seguro social e incluso la caridad, pero la mayoría de la población recibe atención médica en los hospitales de gobierno, con personal pagado.

c) Por último, el tercer bloque lo conforman los países ex-socialistas, destacando Rusia, que durante años causó asombro por la eficacia de su organización y su Sistema Masivo Sanitario. El inconveniente actual, es que al caer el régimen socialista este sistema se ha visto amenazado por la incapacidad del Estado para sostenerlo, no obstante durante la vida de tal régimen, el Sistema de salud soviético cubre el 100% de la población, prestando sus servicios mediante “redes de centro de salud, policlínicas y hospitales rurales, distritales y provinciales”. (11)

La enseñanza profesional en el campo de la salud no está a cargo de la Universidad, sino que el Ministerio de Sanidad es quien la dirige y orienta, así como la fabricación de medicamentos, provisiones y equipo. Es importante destacar que todo el personal está compuesto por funcionarios civiles asalariados, y los recién graduados tienen la obligación de prestar sus 3 primeros años de trabajo en las zonas designadas por el gobierno. El Estado Soviético ha manifestado siempre el interés por unificar los servicios preventivos y los curativos”.

Como lo estudiamos en nuestro capítulo anterior, la iniciativa, bajo el concepto de democratizar la salud, asume la postura en el sentido de que la solución al problema de salud se debe dar bajo el camino de la “solución financiera”.

Recordando los aspectos medulares de la iniciativa en si, encontramos:

Que los Problemas que impiden la democratización de la atención a la salud son dos: la existencia de desequilibrios financieros y el ejercicio desigual de los derechos relacionados con la salud.

Que el objetivo de la iniciativa es corregir los desequilibrios financieros antes descritos, definir la corresponsabilidad entre órdenes de gobierno y con la ciudadanía, y dar contenido efectivo al ejercicio pleno de los **derechos sociales, incluyendo el derecho a la protección de la salud.**

Que busca garantizar el **derecho constitucional** de la protección de la salud, por medio del Sistema del Seguro de Protección Social en Salud.

Que el punto medular de la propuesta es lograr la gran innovación del sistema de salud en México, que tuvo lugar desde 1943, es decir, el aseguramiento en materia de salud.

En la búsqueda para solucionar el problema de la Salud, hablamos de diversos tipos de seguros públicos, y reúne este concepto con la idea de que así se extenderá a todos los mexicanos.

6.1 Tipos de Seguros Públicos de Salud.

A través de la constitución de un nuevo sistema integrado por **tres seguros públicos de salud**, el servicio de salud llegará a todos los mexicanos;

Un seguro para asalariados del sector privado formal de la economía

Un seguro para los trabajadores al servicio del Estado

Un seguro para los autoempleados y desempleados sin acceso a la seguridad social operado por el Sistema de Protección Social de Salud.

6.2 Clasificación del Tercer Seguro Público como componente financiero.

La iniciativa, los debates y la posición del gobierno federal indican que con este tercer seguro publico como nuevo componente financiero del Sistema Nacional de Salud, se alcanza el ideal de la universalidad de la seguridad social en materia de salud.

Que mediante la creación de este sistema se da la oportunidad de que familias y personas no derechohabientes, pero interesadas se incorporen al mismo y que como **materia de salubridad se incorporen al texto de la ley.**

Que este tipo de población se le denomina abierta, su afiliación logra que todos los mexicanos cuenten con un seguro medico publico **y mediante su afiliación se hacen explícitos los derechos y mecanismos de financiamiento correspondientes.**

Que **el pago de cuotas que se genere por la atención del afiliado, será sustituido por una aportación familiar anual y anticipada, conforme a la condición socioeconómica.**

Que **se protegerá a las familias con un catalogo de servicios esenciales de salud, que incluirán sin costo adicional los medicamentos asociados a los tratamientos.**

Que contara con un Catalogo de Servicios esenciales, el cual será definido por el Consejo de Salubridad General.

Que este Consejo hará explícitos los derechos y las obligaciones de los beneficiarios.

Que estos servicios esenciales de salud prevén la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnostico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación.

Que serán seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, **costo**, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.

Que estos criterios serán también aplicados a la definición de los medicamentos asociados a los tratamientos.

Que será de vital importancia redistribuir el presupuesto, reasignar recursos, reclasificar el gasto incluyendo a la ciudadanía.

Dejando fuera de este estudio aspectos como: **el hecho de que estamos lejos de considerar que vivimos en una economía deficiente, en un país con escaso desarrollo en todos los ámbitos, un ingreso per capita bajo, una pluralidad de culturas e incluso una imposibilidad de comunicación entre todos los miembros de esta sociedad.**

Ahora bien, si sumamos los términos confusos utilizados en la misma iniciativa, y que no son más que el reflejo de la ignorancia en el tema, como los son:

- democratizar la atención a la salud
- buscar un sistema universal de protección social
- derechos sociales
- derecho constitucional a la salud
- seguros públicos de salud
- un seguro publico como nuevo componente financiero del sistema nacional de salud.

- La finalidad de la afiliación es hacer explícitos los derechos y mecanismos de financiamiento correspondientes
- la sustitución de cuota por aportación y por mencionar otro mas
- un catalogo de servicios esenciales de salud

Concluimos que además de que el Estado intentará resolver el problema de salud a costa de la ciudadanía, continuará utilizando términos confusos para encubrir su posición y su actuación y además seguirán surgiendo trabajos de investigación, como el que abordamos en los puntos subsecuentes sin tener un objetivo claro dirigido a la solución del problema que sobre el rubro de salud tenemos en la actualidad.

Nota: en los primeros días del mes de diciembre del 2006, mientras se conformaba el gabinete del Poder Ejecutivo que entro en funciones el 1 del mismo mes, El Presidente de México, Felipe Calderón Hinojosa indicó que el seguro popular tendría mas cobertura especialmente a mujeres embarazadas y a niños recién nacidos.

C) Debate realizado por la Cámara de Diputados sobre el Seguro Popular en el año del 2005.

Teniendo a la mano los orígenes y el desarrollo del servicio de salud en México, los métodos de financiamiento --los cuales son aplicados casi en totalidad en nuestra nación-- la obtención de recursos para este rubro, y los diversos conceptos que fueron utilizados para aprobar reformas que dieron paso a una figura como “El Seguro Popular” en el año del 2003, **entraremos al texto literal (en lo conducente) del debate que realizo la H. Cámara de Diputados en el año del 2005, entre otros debates que llevaron a cabo sobre la Ley General de Salud, directamente relacionados con el tema en cuestión.**

Lo anterior con la finalidad nuevamente de demostrar que dentro de su texto no se consideran los aspectos pluriculturales de esta nación, que hemos mencionado, por el contrario, se hace hincapié en la forma en que el servicio de salud se sigue ofreciendo.

Afianzaremos nuestra idea de que el “Seguro Popular” es tal solo una reforma a la ley de la materia, y que en ningún momento, desde su concepción, se ha buscado darle forma como un verdadero sistema global y con cierta independencia como lo seria el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con sus respectivas normas jurídicas; por el contrario, tal sistema estará sujeto a las disposiciones del servicio básico de salud que se otorga en este país, con sus respectivas condicionantes, derechos y obligaciones, y seguirá obligando al gobernado al pago de los servicios de salud mayores o mas especializados con cargo a su bolsillo.

Texto Literal del trabajo de investigación referido:

“El Seguro Popular de Salud (SPS) inició su fase piloto en octubre de 2001 y constituye el “brazo operativo” del Sistema de Protección Social en Salud a partir del 1° de enero de 2004, cuando entraron en vigor las adiciones a la ley General de Salud (artículo 30 bis, 77 bis – 1 al 77 bis – 41) que sustentan las acciones de protección social en salud que ofrecerán las entidades federativas”.

“El Seguro Popular de Salud es definido como un instrumento para brindar protección financiera a los mexicanos, ofreciendo una opción con criterios de aseguramiento público en materia de salud a familias y ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social. Su principal objetivo reducir el gasto de bolsillo de las familias afiliadas. En el año 2003 este objetivo se mantuvo como punto

de partida para el diseño de las reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), sin embargo, se modificaron algunos criterios de ejecución”.

“El programa atiende de manera prioritaria a las familias de los seis primeros deciles de la distribución de ingreso que no son derechohabientes de la seguridad social, residentes en el territorio nacional y que tengan acceso a unidades de salud con capacidad y calidad suficiente para ofrecer la prestación de los servicios médicos considerados en el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME): Como señaló, este catalogo comprende 78 intervenciones que se consideran como los servicios de mayor demanda por la población, clasificados en 6 rubros:

- 1) Servicios de medicina preventiva.
- 2) Servicios de consejería médica, psicológica, dieta y ejercicio.
- 3) Servicio de consulta externa.
- 4) Servicio de salud reproductiva.
- 5) Servicio de odontología.
- 6) Servicio de urgencias, hospitalización y cirugía.

“El costo anual promedio per cápita nacional de las 78 intervenciones ofrecidas se estimó en \$ 1,572.22 pesos para el año 2003”.

“La cobertura del SPS para el mismo año, se extendió a 21 entidades federativas seleccionadas conforme a los siguientes criterios:

- 1) Baja cobertura de seguridad social.
- 2) Mayor número de personas no aseguradas en los primeros seis deciles de ingreso.
- 3) Capacidad para garantizar la provisión de los servicios cubiertos por el programa.
- 4) Demanda potencial de afiliación.
- 5) Solicitud explícita de las autoridades estatales.
- 6) La existencia de suficiencia presupuestal del programa”.

“El financiamiento del Seguro Popular de Salud proviene de dos fuentes:

- 1) Subsidio federal por la familia.
- 2) Cuotas por la familia según decil de ingreso”.

“El Gobierno Federal destina un subsidio base por familia afiliada el cual se calcula a partir del costo per cápita promedio del CABEME, estimado para cada estado, menos el monto per cápita de recursos fiscales destinados a la prestación de servicios personales de salud. El monto que por concepto de subsidio se remita a los Servicios Estatales de Salud, será el correspondiente al per cápita estatal multiplicado por el número promedio estatal de miembros por la familia según el Censo Nacional de Población y Vivienda 200.

En el 2003 los montos anuales de subsidio base por la familia más altos fueron Chiapas con 2,535 pesos y para Baja California, Quintana Roo y Tabasco en 543 pesos por persona; los más bajos fueron para Baja California Sur con 1,320 pesos por familia y 328 por persona. Esta cantidad es el monto que el gobierno federal proporcionó a cada entidad federativa por persona o familia se calculó a partir del número promedio estatal de miembros por familia, según datos del Censo 2000”. (12)

Función Complementaria de Instituciones Establecidas del Sector Salud.

Las funciones complementarias las enuncia el mismo trabajo de investigación y en la finalidad de no confundir con los diversos aspectos de salud y su cobertura, transcribiremos textual el estudio.

12. Cámara de Diputados. LIX Legislatura. Centro de Estudios Sociales y Opinión Pública. México. DF. 2005. Págs. 38 a 40.

“La progresiva instauración de estos seguros modificarán los regímenes de seguridad social de los trabajadores tanto asalariados como al servicio del Estado. Por otra parte, representan un cambio político – ideológico en la lucha social y de organización colectiva hacia una visión individualista. Al amparo del nuevo modelo de salud promovido por organismos financieros internacionales, el sistema integrado por el Seguro Popular de Salud pretende erradicar lo que consideran vicios del modelo de seguridad mediante las siguientes acciones:

Distribuir equitativamente el gasto en salud para reducir las diferencias entre las personas y los grupos. Este aspecto no está relacionado con los recursos que se necesitan ni con la forma en la que se usan. Garantizar el derecho constitucional de la protección de la salud. Atender a la población excluida de las instituciones de salud. Alcanzar la universalidad de la protección social. Trasladar los gastos en salud a las entidades federativas. Financiar la salud con recursos privados”.

“En México la centralización de los recursos en las zonas urbanas más importantes del país como el Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey, ha tenido un impacto en todos los ámbitos de la vida social, política económica financiera y educativa, en las regiones.

Refiriéndose a la cobertura en salud Gustavo Leal y Carolina Martínez comentan que “las áreas rurales más pobres se encontrarán prácticamente aisladas del acceso a cualquier servicio” (13)

La obra en cita también señala:

“La desigualdad económica que existe entre las entidades federativas es muy marcada ya que no todos los sectores generan la misma cantidad de ingresos lo que repercute en el gasto para la infraestructura y servicios. Debido a las inercias en la distribución de los recursos federales asignados a los estados el gasto público en salud presenta fuertes disparidades”.

“La estructura para la asignación de recursos del SPSS pretende superar la segmentación de la protección financiera de las familias al modificar la asignación de los recursos a las entidades federativas, en donde mantener un padrón de familias afiliadas al Seguro Popular de Salud es una condición imperativa para no perder el subsidio federal. Esta condición imperativa significa mayor control por parte del Gobierno Federal para la aplicación de los recursos en los estados y la entrada a una nueva etapa de la descentralización administrativa, ya que a partir de la firma de los acuerdos de coordinación para la operación del SPSS, el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) se distribuyen en dos fondos:

- “1.- Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASS-P)
- “2.- Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASS-C).

Los presupuestos aprobados en 2004 y 2005 ya incluyeron en la estructura programática la distribución de los recursos con esta nueva división.

El FASSA es un fondo del Ramo 33 y su monto se determina conforme a las disposiciones de la Ley de Coordinación Fiscal considerando los siguientes elementos:

- I. Inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal.
- II. Los recursos para cubrir el gasto en servicios personales.
- III. Los recursos para cubrir el gasto de operación e inversión, excluyendo los gastos eventuales de inversión en infraestructura y equipamiento.
- IV. Otros recursos que promuevan la equidad en los servicios de salud. Los cuales son calculados a partir de la fórmula de asignación de recursos”.

¹³ Idem. Págs. 42 a 44.

“La fórmula de asignación de recursos tiene entre sus componentes variables como la población abierta, mortalidad en la entidad federativa, marginación, gasto total federal que para la población abierta se ejerce en las entidades – federativas, la ponderación de estos componentes favorecía a las entidades con mayor infraestructura en salud. El monto anual del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSA-C) se determina a partir de la disponibilidad de recursos y del monto asignado el año anterior más el incremento respectivo”.

“El aumento considera el crecimiento de la población nacional, el total de la población incorporada al SPSS, índice de riesgo sanitario estatal y un índice de eficiencia de los programas de salud pública. El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P), contiene la aportación solidaria que el Gobierno Federal otorga a cada entidad federativa por la familia beneficiaria, para ello:

La Secretaría de Salud determina el presupuesto anual previa autorización de la SHCP, respetando el monto disponible para la aportación solidaria federal promedio nacional por familia, equivalente a 1.5 veces de la cuota social.

“El monto se distribuye entre las entidades federativas conforme a una ecuación cuyos componentes más significativos son la aportación solidaria federal total en el año, asignación por familia beneficiaria del sistema, asignación por necesidades de salud vinculadas a la población infantil y adulta, asignación por esfuerzo estatal, asignación por desempeño, ésta última toma en cuenta un conjunto de variables para medir la cobertura efectiva de los servicios que será definida por la Secretaría de Salud. Los criterios de asignación de recursos al FASSA-C y FASSA-P, incluyen variables que el FASSA de la Ley de Coordinación Fiscal (artículos 29, 30 y 31) no tomaba en cuenta”.

“Ahora el reglamento de la Ley General de Salud estipula los procedimientos para calcular los dos fondos del gasto en salud. El presupuesto de la Secretaría de Salud en el 2005 se incrementó en 62.2 por ciento respecto al 2004, del cual se destino 8,595,712,863 pesos a la operación del SPSS, monto que representa el 25.3 por ciento del total del sector salud. Es significativo que en un año de vigencia del SPSS se incrementara su presupuesto hasta en 343.8 por ciento con respecto al año anterior, lo cual expresa que ha sido considerado como el programa de mayor prioridad para el gobierno actual, un programa cuya evolución y desarrollo lo convirtieron en sistema de protección y en ley”. (14)

La obra determina que:

“Durante las dos últimas décadas del siglo XX el Gobierno Federal ha puesto en marcha políticas para modificar al sector salud como:

1.- La descentralización administrativa que implicó la transferencia de recursos bienes e inmuebles, y plazas laborales a las entidades federativas manteniendo a la Secretaría de Salud como cabeza de sector;

2.- La finalidad de la descentralización es que los Estados decidan sobre los recursos federales que reciben, siempre y cuando cumplan por lo menos con un nivel mínimo de acciones de salud determinadas a nivel federal en el Paquete Básico de Servicios de la Salud que se les proporciona a la población abierta.

3.- Reducir la desigualdad entre Estados respecto a la disponibilidad de los servicios de salud.

4.- Fomentar la prestación plural de los servicios y procurar una buena mezcla público y privada en salud.

14. Idem. Págs. 45 a 47.

5.-Distribuir de manera equitativa el gasto federal en salud entre las entidades federativas. Esta conjunto de acciones siguen las recomendaciones del Banco Mundial y la Organización Mundial de Salud, interesados en el capital humano y, por ende, en el rol que juega la salud en el desarrollo económico, la productividad laboral, la capacidad de aprender en la escuela, y la habilidad de desarrollar el físico, el intelecto, las emociones y como al mejorar la salud pública se reducen las horas de trabajo perdidas debido a enfermedades, incrementando la productividad laboral, y reduciendo los costos asociados a las muertes”.

“La productividad laboral es uno de los pilares del proceso económico de todo el país, por lo que una población sana representa una inversión pública en la operación de todo el sistema de salud, según cifras de la Organización Mundial de Salud, en Japón, la salud pública representa el 80.2 por ciento gasto total de salud; 78 por ciento en Suecia y 82 por ciento en Noruega. El promedio de expectativa de vida es de 74.5 años en Japón, 73 en Suecia, 72 en Canadá, y 72.1 en Noruega. El gasto público per cápita en todos estos países supera lo \$ 1,300 dólares con la situación actual en América Latina. El gasto público per cápita en Brasil es de \$208 dólares, \$172 dólares en México, y \$98 dólares en Perú.

Según la OCDE el gasto en servicios públicos de salud en México se incrementó de 40 por ciento de la inversión total del sector a 45 por ciento en 2002; sin embargo, sigue muy por debajo del promedio de la OCDE, que es de 72 por ciento. El sistema de Salud es profundamente inequitativo en términos de accesos a los servicios de salud, su financiamiento y sus resultados. Existen grandes disparidades en cuanto a cobertura, gasto público y condiciones sanitarias entre los estados del norte y del sur del país; tiene muy baja disponibilidad de médicos, enfermeras y camas de hospital en comparación con los demás miembros de la OCDE. Dada la precariedad de la infraestructura de salud es preocupante que se informe que indicadores como el número de cirugías practicadas, consultas, especialistas y camas de hospital ocupadas expresan una significativa subutilización de los servicios que determinan que su productividad es muy de baja calidad”. (15)

Señala también el estudio que:

“El primer informe de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud, publicado en noviembre del 2004 señala que la salud en México mantiene profundas desigualdades, como consecuencia de 50 años de ineficiencia en la asignación del gasto y la baja inversión (pública y privada) en el sector: mientras en municipios de Chiapas mueren 65 niños por cada mil nacidos, en la delegación Benito Juárez los índices de salud se equiparan a los de Europa occidental. Por su parte el director del área de Empleo y Asuntos Laborales y Sociales de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), John P: Martin, considera que el Seguro Popular de Salud, es “un proyecto bien diseñado para alcanzar la cobertura universal de servicios básicos de salud; sin embargo, para financiarlo en su periodo de transición (hasta 2010) necesitará más recursos y es poco probable que éstos se obtengan sin una reforma fiscal”.

“Se espera que el Sistema de Protección Social en Salud, (SPSS), y su “brazo operativo” el Seguro Popular de Salud reduzcan los desequilibrios señalados, propiciando un círculo que permita: Incrementar la inversión en salud para alcanzar niveles promedio de América Latina. Modificar la composición de las fuentes de financiamiento, de manera que a mediano plazo el gasto público sea la principal fuente de financiamiento. Generar mayor equidad financiera entre instituciones a partir de la cuota social. Producir mayor equidad geográfica, y una mayor transparencia en la asignación y el uso de los recursos a partir de las familias afiliadas por entidad federativa. Generar el compromiso de cada gobierno estatal con el financiamiento de servicios de salud para las familias afiliadas. Vincular la asignación de recursos por familia y el gasto en inversión con un Plan Maestro de infraestructura en salud.

Las reformas del Estado realizadas a principios de los años 80, trataron de contrarrestar los efectos de la crisis económica en todos los sectores de la sociedad. Tuvieron diversas repercusiones socioeconómicas entre las que destacan las siguientes: Reducción de la participación sindical y de las prestaciones sociales. Aumento del trabajo informal. Aumento en las tasas de desempleo. Incremento ante la contracción del mercado laboral, que abarató la mano de obra debido a la sobreoferta de la población económicamente activa; y a la progresiva instauración de mecanismos de flexibilización laboral repercutiendo negativamente en el ámbito contractual del trabajo asalariado y en la merma de los derechos a prestaciones sociales establecidos legalmente.” (16)

Según indica la referida investigación:

“A la fecha se mantiene e elevado déficit en la generación de empleos formales; elevando a 19.5 millones de personas empleadas en actividades informales sin prestaciones, bajos salarios e inestabilidad permanente, lo que representa el 63.3 por ciento de la población ocupada urbana. Para Julio Frenk, Secretario de Salud, el Seguro Popular de salud es un “instrumento de justicia social”, ya que permite ampliar la seguridad social en salud a 48 millones que carecen de ella, es un programa que “no está dirigido a la población informal sino a los no asalariados. Entre críticas más reiteradas al Seguro Popular destaca la que coloca la falta de infraestructura hospitalaria, de médicos y medicinas para llevarlo a cabo.

Son reconocidas tanto la saturación como las carencias de los hospitales del IMSS, ISSTE y de la Secretaría de Salud. En cuanto a la evolución del mercado de trabajo médico se ha caracterizado por la insuficiencia de médicas y médicos en las zonas rurales y altas tasas de desempleo y subempleo en las metrópolis. Este fenómeno se refleja en la prestación de los servicios de salud al desaprovechar los recursos humanos. Existe 28% de médicas y médicos titulados que no trabajan ya sea porque están desempleados o permanecen inactivos, o bien, no se emplean en el sector salud. Esta cifra de desempleo es aún más alta entre las y los enfermeros: 48%.

Así las plazas para médicos que atienden a la población no asegurada se incrementó de 1980 a 1990 en 75.1 frente aun 21 por ciento de plazas médicas para la población asegurada. De 1990 a 2000 nuevamente se da incremento de 91.2 por ciento en las plazas médicas para la población asegurada. Las plazas de enfermeras se incrementaron en la misma proporción”. (17)

Establecimiento del Seguro Popular a Nivel Nacional.

El estudio abordado plantea como establecer el Seguro Popular a nivel Nacional. Transcribiremos del texto literal, los aspectos conducentes.

Texto conducente:

“En el primer semestre de operación como SPSS afilió a través del Seguro Popular en 799,902 familias, logrando un avance significativo en los estados de Colima con el 100 por ciento de cobertura, Tabasco con 65.2; Sinaloa 46.2, Baja California Sur 38.3 y Tamaulipas con 36.9 por ciento de afiliación en relación a las familias no derechohabientes. Así en el 2000, 11 entidades federativas concentraban el 60 por ciento del monto transferido por la federación, (Jalisco, Veracruz, Chiapas, Distrito Federal, Oaxaca, Hidalgo, Guanajuato, Puebla, Michoacán, Guerrero y Estado de México); mientras que Baja California Sur, Tlaxcala, Aguascalientes, Colima y Quintana Roo contaban con las asignaciones federales más bajas.

16 Idem. Págs. 52 a 55.

17 Idem. Págs. 56 a 60

La meta es incorporar anualmente el 14.3 por ciento de la población que no tiene acceso a la seguridad social, de tal manera que para el 2010 toda la población que carece de seguridad social quede comprendida en este programa. Se tenía previsto que en el 2004 el SPS tuviera vigencia en todas las entidades federativas bajo el Sistema de Protección Social en Salud, para que las familias beneficiarias recibiesen atención en los centros de salud y hospitales generales incorporados al sistema. Sin duda, el Seguro Popular en Salud. En abril de 2003, el Congreso de la Unión con diversas adiciones y reformas la Ley General de Salud (LGS), aprobó la creación el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y el Seguro Popular de Salud como ejecutor del mismo. Dicha Ley entró en vigor el 1° de enero de 2004”.

“Las reformas a la LGS establecen el funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud, y un mínimo de servicios para la protección social en salud, que son: **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. Define a la unidad de protección como las familias y personas que no cuenten con seguridad social; y el núcleo familiar como la unidad de atención integrado por los cónyuges, concubina y el concubinario; por el padre y/o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato, y por otros supuestos. Los integrantes del núcleo familiar son los hijos y adoptados menores de dieciocho años; los menores que tengan parentesco, los ascendientes mayores de 64 años que habiten en la misma vivienda y dependan económicamente, los hijos que tengan hasta 25 años, solteros que prueben ser estudiantes o bien discapacitados dependientes”.**

“Las familias y sus miembros que cumplan con los siguientes recibirán los beneficios del SPSS:

- I. Ser residentes en el territorio nacional.
- II. No ser derechohabiente de la seguridad social.
- III. Contar con Clave Única de Registro de Población.
- IV. Cubrir la cuota familiar correspondiente, en los términos establecidos por el artículo 77 bis 21.
- V. Cumplir con las obligaciones establecidas anteriores”.

1. La clara expresión del estado de que el gobernado debe cubrir tal servicio con cargo a su bolsillo

En la siguiente sección del texto encontraremos la posición del estado frente al pago del servicio de salud, distante de la forma de cómo transmite el mensaje sobre la gratuidad del mismo:

Texto conducente:

“El financiamiento del SPSS se integra por recursos que asignan la Federación, las entidades federativas y los beneficiarios. El gobierno Federal cubre anualmente una “cuota social” por cada familia, equivalente al 15 por ciento de un salario mínimo vigente diario en el Distrito Federal que se actualiza trimestralmente de acuerdo a la variación del índice Nacional de Precios al Consumidor. También se realiza por parte del Gobierno Federal y las entidades federativas una “aportación solidaria” por cada familia beneficiaria; para el caso del Gobierno Federal se distribuirá a través del Fondo de Aportaciones para los servicios de Salud a la Persona, calculado mediante la fórmula establecido, la aportación representará al menos una y media veces el monto de la cuota social”.

“A las entidades federativas les corresponde proporcionar la mitad de la cuota social proporcionada por el Gobierno Federal. La Secretaría de Salud determina anualmente el monto total de los recursos federales disponibles para el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la persona, previa aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). El fondo se integra atendiendo diversos componentes: el número de familias

beneficiarias en la entidad federativa, necesidades de salud de la población, y por el esfuerzo y desempeño estatal. El peso porcentual de cada componente se publicará el primer bimestre de cada año en el Diario Oficial de la Federación. El monto de los recursos para el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, se determina por la Secretaría de Salud con la opinión de la Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad, previa aprobación de la SHCP. La distribución del Fondo entre las entidades federativas se fija considerando tanto la población total del estado, como la población total de las entidades federativas incorporadas al SPSS, la asignación a la entidad para el año fiscal más el incremento anual conforma a la disponibilidad de recursos.

De la cuota social y de las aportaciones solidarias, la Secretaría de Salud canaliza el 8 por ciento de dichos recursos al Fondo de protección contra Gastos Catastróficos. Este fondo se crea con el objeto de apoyar el financiamiento de enfermedades de alto costo, y serán los centros regionales de alta especialidad seleccionados mediante un estudio técnico, quienes reciban los recursos para atender casos de salud graves, de acuerdo a reglas de operación. La administración de los recursos del fondo está a cargo de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, mediante un fideicomiso constituido por el Gobierno Federal. Las entidades federativas, organizaciones públicas y no gubernamentales pueden aportar recursos adicionales a este fideicomiso. La enumeración de enfermedades, tratamientos y medicamentos que generan gastos catastróficos la realiza el Consejo de Salubridad General y la publica en el Catálogo de intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

De los recursos conjuntos (cuota social y aportaciones solidarias), la Secretaría de Salud, canaliza anualmente el 3 por ciento para la constitución de una Previsión Presupuestal Anual, de la cual dos terceras partes se canalizan a infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social. La tercera parte restante se destina a situaciones imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal. En suma, las entidades federativas reciben del Gobierno Federal los recursos provenientes de la cuota social y aportación solidaria federal una vez descontado el 8 por ciento para el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y el 3 por ciento para la Previsión Presupuestal Anual. Las cuotas familiares de los beneficiarios del SPSS se calculan conforme a las condiciones socioeconómicas de cada familia y son revisadas anualmente con base en el Índice de Precios al Consumidor”.

“En el caso que las familias no tengan capacidad de pago se incluyen en el régimen no contributivo, siempre y cuando se ubiquen en los deciles I y II de la distribución de ingreso o sean beneficiarias de los programas de combate a la pobreza extrema y residentes en las localidades rurales. Los recursos del régimen no contributivo no forman parte de las aportaciones solidarias ni de la cuota social, son aportaciones asignadas por la Secretaría de Salud previa autorización de la SHCP, por las entidades federativas y terceros solidarios. Los hogares rurales ubicados en los deciles del Ingreso I y II sumaban en el año 2002, 2.8 millones. En relación al total nacional representaban el 6.9 por ciento de hogares rurales en el decil I, y 4.7 por ciento al decil II de ingreso.

Lo que significaría que aproximadamente 3 millones de hogares rurales podrían ser objeto de régimen no contributivo del SPSS ya que son hogares sin ingresos suficientes para solventar su salud. La atención en este amplio segmento de la población mediante el sistema no contributivo podría representar un riesgo financiero para el sistema, sobre todo en aquellas entidades federativas en donde existe mayor pobreza y marginación. Con la constitución del SPSS, el número de intervenciones del Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) fue sustituido por el Catálogo de Servicios Esenciales (CASES) pasando de 78 a 91 intervenciones y de 165 a 168 medicamentos. El SPSS no atienden los padecimientos no incluidos en la lista”. (18)

Sobre lo antes transcrito, haremos referencia de tratadistas en el tema, independientes de los que se han mencionado en capítulos anteriores, así como a las diferentes fuentes legales en las que se apoyaron para la realización del referido estudio.

18. Idem Págs. 61 a 64.

No es sorpresa que sus fuentes jurídicas hayan sido usadas y sean por demás conocidas; incluso, en la mayor de los casos debidamente consultadas, lo que nos lleva a determinar que el debate es un refrito legislativo, sin solución integral.

D) Conceptos teóricos, bases jurídicas y concepción de diversas Organizaciones Internacionales sobre el tema de la salud.

Los conceptos teóricos y las bases jurídicas son varias y muy variadas, encaminadas en gran parte y dado su contenido u objetivo, a la seguridad social. Esta deriva indiscutiblemente en el servicio de salud.

1. Conceptos teóricos y bases jurídicas.

Enumeramos tales fundamentos legales en los siguientes subincisos, incluyendo en ellos algunos comentarios de tratadistas que hubiesen analizado el tema en cuestión:

a) Sobre la reforma a la fracción XXIX del artículo 123 constitucional del 27 de diciembre de 1974, la cual revela una recuperación de la tendencia característica de los sistemas de seguridad social contemporáneos, así como de extender el régimen de protección obligatorio.

La extensión generalmente se plantea progresivamente y se justifica en razón de la similitud de condiciones económicas de los campesinos y trabajadores independientes respecto de los asalariados.

Tratadistas del tema como el **Lic. Carrillo Prieto** hace las siguientes referencias al respecto:

Explica que no obstante el reconocimiento de esta similitud, la extensión presenta graves problemas

El tratadista **Dupeyroux** ha sostenido que desde la creación de los seguros sociales existe una confusión entre los indigentes y los asalariados, en vista de la extrema miseria de la clase trabajadora, emergente de la revolución industrial.

La confusión entre estos dos grupos induce a los poderes públicos a proteger a los trabajadores como tales y como económicamente débiles.

Así, por una parte las prestaciones son acordadas a los asalariados en compartida de su actividad profesional, o con más precisión, a cambio de las cotizaciones enteradas a los organismos de seguridad social.

Pero, por otra parte, las prestaciones están destinadas a garantizar a los económicamente débiles un "mínimo alimentario", y de ahí el surgimiento, por ejemplo, de las llamadas "prestaciones familiares", las que no pueden ser consideradas estrictamente como remuneración del trabajo.

Otro tratadista como **William Beveridge** plantea lo siguiente:

Postula que la seguridad social ha de garantizar un mínimo vital para toda la población, esto es, un grupo de prestaciones de base uniforme.

Frente a esta concepción, existe otra tesis que parte de la idea de que el hombre no tiene otros derechos que los adquiridos en virtud y por razón de su trabajo; se trata entonces, de asegurar a cada trabajador, durante los periodos forzosos de inactividad, un ingreso de reemplazo, en contrapartida del aporte realizado por su trabajo.

Se han ideado sistemas de convergencia: los centrados en la protección del asalariado acuerdan prestaciones de base (gastos médicos, asignaciones de vejez, asignaciones familiares) a categorías sociales distintas de la de los asalariados.

En este orden de ideas, considera al menor en el sentido de que el niño posee así, un crédito alimentario frente a la colectividad en tanto que no tiene edad para el trabajo;

Para el caso de la “tercera edad”, el adulto mayor recobra el crédito que se le había reconocido como menor por idéntica razón.

En los sistemas de garantía general y uniforme, la convergencia se logra mediante la institución de sistemas complementarios de protección a los asalariados, creados generalmente por vía convencional.

Los dos sistemas expresan los problemas de origen del mecanismo de seguridad social; la garantía de un mínimo social al que tiene derecho todo hombre en tanto es miembro de la colectividad (Beveridge), y la proporcionalidad de las prestaciones sociales respecto del salario adquirido por el trabajador y otorga – das en contrapartida del trabajo prestado (sistemas de seguro social, estricto sensu). (19)

El tratadista **Carrillo Prieto** sustenta también lo siguiente:

“En este último análisis se plantea la cuestión: ¿la seguridad social ha de permanecer centrada alrededor de la categoría trabajador asalariado y constituir un mecanismo de garantía del salario, o bien, significar un sistema de garantía de prestaciones mínimas para todo miembro de la colectividad”?

“La pregunta es sobre el fundamento mismo de los interesados en la sociedad, justificando así las prestaciones debidas a los trabajadores en las necesidades de los individuos, ejerzan o no actividades productivas”.

“La reforma constitucional mexicana contemplara un problema considerable en las normas que han de completarla, al establecer el mecanismo de seguro social extensivo a trabajadores no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares”.

“Dicho mecanismo sufrirá una deformación profunda: más aún, si el problema de fondo es el de una mejor distribución del ingreso, no será necesario continuar utilizando las técnicas jurídicas clásicas”.

b) sobre “La Ley del Seguro Social de 1973 que contempla una solución de compromiso: el Ejecutivo expide los decretos para implantar paulatinamente el régimen obligatorio; en tanto no se expidan esos, puede invocarse la llamada “incorporación voluntaria al régimen obligatorio” que posibilita acogerse a los beneficios del sistema a los trabajadores independientes, a los ejidatarios y comuneros, a los patrones personas físicas, a los trabajadores domésticos.

19 CARRILLO PRIETO, Ignacio. Derecho de la Seguridad Social. Introducción al Derecho Mexicano. Págs. 187 y 188.

La dilución del mecanismo clásico del seguro social se revela también en las “prestaciones sociales” y en los “servicios de solidaridad social”, previstos en la Ley de 1973. Las prestaciones tienen como fuente de financiamiento los recursos del ramo de invalidez, vejes, cesantía en edad avanzada y muerte.

Carrillo Prieto señala que: los servicios de solidaridad social serán fincados por la Federación, el Instituto Mexicano del Seguro Social, y los propios beneficiarios. Estos servicios se proporcionarían a núcleos de población que constituyan polos de marginación rural urbana y suburbana, según la determinación que haga el Ejecutivo Federal. Los servicios mencionados no perjudicarán el eficaz otorgamiento de las prestaciones debidas a los sujetos protegidos. ¿Logrará tanto nuestro sistema asegurativo? (20)

c) Sobre la Declaración Universal de Derechos Humanos.

El maestro Ignacio Carrillo Prieto, señala que el artículo 23 de la Declaración Universal de Derechos Humanos prevé que: **“Toda persona tiene derecho al trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias del trabajo y a la protección contra el desempleo”**.

Por ello, **El Seguro Popular, se ubica en el Derecho a la salud.**

La misma Declaración de Derechos Humanos, en su artículo 22 establece que: “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social...”

Por otro lado, el tratadista **Alejandro J. Ramírez López**, señala en su obra que los derechos humanos entre varias clasificaciones, se dividen en:

“Derechos Humanos Individuales o de primera generación.

En este rubro se encuentran El Derecho a la Vida, a la Integridad Física y a las Libertades”.

“Derechos Humanos Sociales o de segunda generación.

En este rubro se encuentran el Derecho al Trabajo, a la Huelga, a la Sindicalización, a la Negociación Colectiva de Condiciones Laborales, a la Vivienda, a la Salud, a la Seguridad Social, a la Educación”.

“Derechos Humanos solidarios o de tercera generación.

Derecho a la Salud, al Medio Ambiente en equilibrio y a la propia identidad cultural de los pueblos indígenas. (Todos ellos similares a los sociales pero bajo un enfoque de la corresponsabilidad”. (21)

Nuestra opinión es que si el Estado ha tomado de base esta clasificación, el servicio a la salud resulta finalmente un derecho social, solidario y con corresponsabilidad. El Estado ha malentendido el término de corresponsabilidad como el pago de una cuota o una contraprestación, cuando debería entenderlo como una obligación real de seguridad sin contratiempos y en beneficio incluso del mismo Estado; esto es, población sana = país en desarrollo

20. Idem. Pág. 188.

21. RAMÍREZ LOPEZ, Alejandro J. Derecho a la Salud. Editorial SISTA. 38,39,40 y 41.

d) Sobre el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Este pacto prevé en su artículo 111 que:

“Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho a trabajar, que comprenden el derecho de toda persona de tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente escogido o aceptado, tomando medidas adecuadas para garantizar este derecho”

Se precisa además en el mismo que:

“Entre las medidas que habrá de adoptar cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto para lograr la plena efectividad de este derecho deberá figurar la orientación y formación técnico profesional, la preparación de programas, normas y técnicas encaminadas a conseguir un desarrollo económico, social y cultural constante y la ocupación plena y productiva, en condiciones que garanticen las libertades políticas y económicas fundamentales de la persona humana”. (Artículo 6).

En este instrumento internacional se especifica que: **“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social”.** (Artículo 9).

2. Organizaciones Internacionales.

Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Nos gustaría profundizar sobre esta organización, pues es una a la que México pertenece desde hace años. En tal Organización se ha ventilado el derecho de los trabajadores conjuntamente con su derecho a la salud de forma contundente.

México, ha firmado este tratado ante tal organización desde hace mas de 40 años; lo que significa que ha tenido elementos de conocimiento sobre el tema y mas aun sobre el hecho de que la salud es un derecho de primer nivel a favor del ciudadano.

Lo triste en este caso, es que ante los ojos mundiales fingimos estar al dia en este rubro y hacia dentro del país estamos en un nivel de crisis casi insostenible.

Insertaremos aspectos diversos sobre la Organización Internacional del Trabajo, para conocer su esencia, sus métodos, objetivos, planes de ayuda, convenios, etc.

Organización Internacional Del Trabajo (texto literal conducente, cita en la pág. 139)

1. FUNCIONES DE LA OIT (22)

“La OIT elabora convenios y recomendaciones internacionales del trabajo- entre otros temas, sobre seguridad social – que, después de ser adoptados por sus Estados Miembros en la Conferencia Internacional del Trabajo, sirven de orientación y modelo para la preparación de políticas y legislaciones nacionales en la materia. En este volumen se hace referencia con frecuencia a tales instrumentos y se muestra cómo han influido en la conformación y el desarrollo de los programas de seguridad social aunque sin imponer uniformidad alguna en cuanto a sus detalles. En este capítulo se habla de la OIT y de las diversas actividades que adelanta en el ámbito de la seguridad social.

La Organización Internacional del Trabajo fue fundada en 1919 de conformidad con lo estatuido en el Trabajo de Paz de Versalles. A su Conferencia General, o Conferencia Internacional del trabajo, que se reúne cada año, según está previsto en la Constitución de la Organización, asisten delegaciones tripartitas – es decir, integradas por delegados gubernamentales, de los empleadores y de los trabajadores- de los Estado Miembros que expresa libremente y en pie de igualdad sus puntos de vista sobre diversos asuntos de interés común. Entre éstos figuran, de acuerdo con la Constitución, la “protección del trabajador contra las enfermedades, sean o no profesionales, y contra los accidentes del trabajo”, las “pensiones de vejez e invalidez” y la “protección de los intereses de los trabajadores ocupados en el extranjero”. Actualmente la OIT ocupa un lugar importante entre las organizaciones especializadas que constituyen lo que a menudo se denomina “sistema de las Naciones Unidas”. De llevar a cabo las actividades de la Organización se encarga su secretaria, la Oficina Internacional del Trabajo, bajo guía de su Director General. El Consejo de Administración de la Oficina es elegido por la Conferencia y es también tripartito.

En la sede de la Oficina existe un Departamento de Seguridad social, y en algunas de sus oficinas regionales un consejero especializado en la materia.

En 1919 sólo en unos pocos Estados Miembros había regímenes de seguridad social, casi todos basados en el método del seguro. A partir de entonces el enfoque de cuestión en el seno de la OIT pasó por dos fases principales; en la primera, que duró hasta 1939, se promovió sobre todo la idea de proteger a los trabajadores mediante el seguro social; en la segunda, que se inició el 1944 después de un paréntesis impuesto por la guerra, la OIT amplió y diversificó su concepto de la seguridad social. El nuevo punto de partida lo constituyó la adopción de la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67), instrumento que sentó principios orientadores y dio sugerencias sobre la forma de aplicarlos a las diversas contingencias de que se ocupa este volumen, previendo que “ la seguridad de los medios de vida debería organizarse, siempre que fuere posible, a base del seguro social obligatorio” y que las necesidades de los niños, inválidos ancianos y otras personas no cubiertas por el seguro social obligatorio deberían estarlo por la asistencia social. En la misma reunión la Conferencia adoptó la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69), más avanzada aún, pues según ella, “el servicio de asistencia médica debería amparar a todos los miembros de comunidad, desempeñen o no un trabajo lucrativo”, destacando así que una sociedad debidamente organizada el acceso a los servicios de salud es un derecho universal.

Así pues, existe una organización que delibera y toma decisiones, y existe igualmente un conjunto completo de principios. Pero ¿de qué medios dispone la OIT para dar efecto a estos principios transformándolos en una acción práctica? Estos medios van desde el establecimiento de normas precisas como objetivos a alcanzar- lo cual no es más que uno de los resultados de un vasto programa de estudios e investigaciones- hasta la asistencia técnica, proporcionada por expertos sobre el terreno y de otras maneras, y la organización de seminarios y cursillos de formación en colaboración con las autoridades nacionales y otras organizaciones internacionales.

EL ESTABLECIMIENTO DE LAS NORMAS

Las normas de la OIT sobre la seguridad social, al igual que las relativas a otros asuntos de competencia de la Organización, figuran en los convenios adoptados por la Conferencia Internacional del Trabajo. Los convenios fijan en realidad objetivos que los Estados Miembros consideran razonables y realizables. Todo Estado Miembro debe someter estos instrumentos a su asamblea legislativa, y si su legislación da efecto a sus disposiciones puede ratificarlo, con lo cual su observancia se convierte en obligatoria para él. La oficina Internacional del Trabajo estimula este proceso por conducto de sus órganos de control.

En cuanto a las recomendaciones, si bien son indudablemente útiles para persuadir a los Estados Miembros, nunca tienen carácter obligatorio. Esta fue precisamente la razón de que después de la adopción de la Recomendación núm. 67 el paso siguiente de la OIT en lo concerniente a la seguridad social fue perfeccionar su contenido. El fruto de esta labor fue el importante instrumento que la Conferencia Internacional de Trabajo adoptó el 28 de junio de 1952, en su 35.a reunión: el Convenio núm. 102, reiteradamente citado en este volumen.

El año 1952 se transformó así en un hito en labor de la Organización. La adopción del Convenio núm. 102 fue el resultado de más de treinta años de experiencia y de trabajo. El instrumento refundió las normas internacionales anteriores y dio a la seguridad una estructura unificada y coherente. Hasta 1939 cada convenio había versado sobre determinada rama, mientras que el Convenio núm. 102 es general: se aplica a toda población y se refiere a la totalidad de las nueve contingencias que pueden dar lugar a prestaciones. No obstante, los Estados Miembros pueden ratificarlos sin estar obligados para ello a legislar sobre todas las ramas. En el Convenio se indica cierto orden de prioridad, pero en general se deja que cada país vaya construyendo a su propio régimen de acuerdo con sus necesidades y el estadio de desarrollo que ha alcanzado.

Además - y ésta fue una disposición novedosa a la sazón, pues jamás había figurado antes en un convenio de seguridad social – todo país “cuya economía y cuyos recursos médicos estén insuficientemente desarrollados” puede acogerse a excepciones temporales de algunas de las más exigentes de estas normas mínimas.

Habiendo, pues, creado de esta manera un amplio cuerpo de normas generales para impulsar el desarrollo de los regímenes de seguridad social, la OIT dirigió nuevamente su atención al mejoramiento de las normas rama por rama, adoptando los convenios que se enumeran en el capítulo I y se aluden en pasajes apropiados. Estos convenios más recientes pueden fijar normas algo más elevadas en lo tocante a la cobertura de la población o a la cuantía de las prestaciones, pero el Convenio núm. 102, instrumento anterior y general, sigue en vigor a fin de que haya para cada rama un objetivo mínimo a alcanzar.

ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

La necesidad de elaborar nuevos programas nacionales de seguridad social y de responder a las continuas exigencias de que los regímenes existentes se amplíen, se adapten a nuevas circunstancias y proporcionen una protección automática y de verdadero valor hace que la búsqueda de mejoras vaya más allá de los meros cambios de rutina, como el ajuste de la cuantía de las prestaciones, y sobrepase las fronteras nacionales. La OIT realiza, pues, estudios internacionales porque tiene conciencia de que las comparaciones entre las diferentes experiencias nacionales son singularmente valiosas para sus estudios internacionales porque tienen conciencia de que las comparaciones entre las diferentes experiencias nacionales son singularmente valiosas para sus Estados Miembros en momentos en que se ven obligados a expandir o reexaminar sus metas en lo que a la seguridad social se refiere. Asimismo intensifica sus estudios e investigaciones en este campo a fin de encontrar soluciones a los problemas que plantean las nuevas tendencias y la creciente influencia de la seguridad social en la economía.

Para mayor claridad de la exposición, en el análisis que se hace a continuación la labor de estudios e investigación de la OIT, con inclusión de la publicación de sus resultados, se considera desde tres ángulos: la que versa sobre las políticas y normas, la que tiene por objeto el examen a fondo de ciertos temas especializados y la destinada a la preparación de publicaciones concebidas especialmente para el perfeccionamiento profesional en la materia.

POLITICAS Y NORMAS

La elaboración de una norma internacional de seguridad requiere un enorme trabajo de investigación. Lo primero que hay que hacer es averiguar exactamente qué base de desarrollo han alcanzado los regímenes de seguridad social en todo el mundo y reunir las opiniones de expertos en diversas disciplinas y procedentes de países con distintos sistemas económicos acerca de qué políticas son convenientes y qué forma hay que darles y de qué manera hay que adaptarlas para que satisfagan las necesidades de países en diferentes etapas de desarrollo.

Este esfuerzo de recopilación de informaciones y opiniones enderezado a formular nuevas normas internacionales y a mejorar las existentes da por resultado final la adopción de nuevos convenios y recomendaciones, pero ésta es sólo su consecuencia directa, pues además, como parte de esta labor los Estados Miembros de la OIT se reúnen en conferencias regionales para intercambiar puntos de vista acerca de las distintas políticas y promover la protección por conducto de la seguridad social. Estas actividades, junto con otros estudios e investigaciones de la OIT, han dado origen a una serie de informes sobre la seguridad social en determinadas regiones que no sólo son útiles para su Departamento de Seguridad Social y para toda la acción de la OIT, sino que son sumamente apreciados también fuera de la respectiva región y en círculos distintos de aquellos a los que originalmente estuvieron destinados.

Las principales leyes y reglamentos en los campos que interesan a la OIT, la seguridad social entre ellos, se reproducen en su publicación periódica Serie Legislativa, que se edita igualmente en francés y en inglés. En los últimos años se han debido seleccionar con especial cuidado los textos a reproducir a causa del gran número de ellos que se recibe casi a diario de los Estados Miembros. Otras informaciones sobre las políticas de seguridad social y la nueva legislación se publican trimestralmente en el boletín de la OIT *Actualidad Laboral*.

TEMAS ESPECIALIZADOS

La diversidad que caracteriza la labor investigadora de la OIT, que va desde las comparaciones generales entre regímenes hasta el análisis pormenorizado de temas especializados de seguridad social, se pone de manifiesto al examinar los estudios que aparecen periódicamente, entre los cuales

cabe mencionar El costo de la asistencia médica 1, Efectos macroeconómicos de la seguridad social 2, Sistemas de asistencia médica 3, Les systémes de pensions dans les pays industrialises 4, Desempleo y seguridad social 5, Social security in Africa 6 , Social security migrant workers 7, Pensions and inflation 8 y Financing Social security: The options 9.

Estos estudios los preparan investigadores del Departamento de Seguridad Social o se encargan de consultores exteriores.

Una importante publicación periódica que ha despertado mucho interés es El costo de la seguridad social. Apareció por primera vez en 1952 y desde entonces ha informado en sus sucesivas ediciones sobre el resultado de encuestas que han versado sobre un número de países cada vez mayor. Su finalidad es doble: primeramente, establecer un cuadro unificado de las operaciones financieras realizadas por los regímenes de seguridad social de países tanto en desarrollo como desarrollados utilizando una definición común de la seguridad social y un método uniforme de análisis, y en segundo lugar, ofrecer una comparación internacional de los datos determinando las tendencias del costo de la seguridad social en los diferentes países durante el período estudiando y comparando la distribución de dicho costo entre las diferentes fuentes de recursos y entre los diferentes tipos de regímenes . A fin de evaluar la importancia de la seguridad social para la economía nacional, los datos también se ponen en relación con diversas partidas de la contabilidad nacional, como el producto interno bruto, en cifras absolutas o por habitante.

La Revista Internacional del Trabajo, que la OIT publica trimestralmente, con frecuencia contiene artículos jurídicos y técnicos sobre las principales cuestiones de seguridad social basados en estudios especializados de los asuntos que más interesan a los planificadores en este campo o que según cabe esperar, revestirán gran importancia en el futuro.

Significación no menor que la de los estudios que se publican para información general tienen los que la OIT lleva a cabo para ayudar a los gobiernos a integrar sus planes de seguridad social en su planificación general del desarrollo económico y social y a resolver problemas específicos, como el pago de pensiones en las zonas rurales o la conversión de una caja de previsión en un régimen de pensiones.

PUBLICACIONES PARA EL PERFECCIONAMIENTO PROFESIONAL

Estas publicaciones se destinan al personal de dirección y a los funcionarios administrativos de los regímenes de seguridad social, aunque pueden muy bien interesar a un círculo más amplio de lectores, Cabe citar como ejemplos una obra sobre la administración de los seguros sociales 10, que trata el tema en detalle en una forma concebida en lo esencial para satisfacer las necesidades de formación de los países en desarrollo, y un informe sobre un curso de perfeccionamiento 11 dictado en Nairobi, Kenia, en 1980, que es de utilidad no sólo para África, pues ha sido recibido con interés en otros continentes.

En el Terreno altamente especializado de la técnica actuarial una impórtate publicación 12, que trata de las técnicas actuariales y los métodos de financiación de los regimenes de pensiones, es de gran valor para el perfeccionamiento de los actuarios y de todos aquellos que deseen especializarse en los problemas actuariales de la seguridad social, dado que versa tanto sobre la teoría como sobre la práctica.

RECOPIACION Y DIFUSION DE INFORMACIONES

Desde su fundación, la OIT ha ido acumulando una voluminosa y valiosa documentación sobre los más variados aspectos de la seguridad social en todo el mundo, proviene tanto de libros y publicaciones periódicas oficiales y no oficiales como de cuestionarios y encuestas especiales, de informes y otros documentos proporcionados por sus oficinas regionales, zonales y nacionales y por sus corresponsales en distintos países, y de las informaciones reunida por los expertos y funcionarios de la OIT enviados en misión. Personal de la OIT analiza y clasifica toda documentación a medida que se recibe, utilizándose luego continuamente para satisfacer los numerosos pedidos de información que se reciben de todas partes.

EDUCACION OBRERA

El papel que han desempeñado los sindicatos en el establecimiento de las prestaciones de desempleo es importante, y en general puede decirse que el movimiento sindical siempre se ha interesado mucho en las políticas de seguridad social y en la administración de los regímenes.

Personas elegidas o propuestas por los sindicatos forman parte del consejo de administración de muchos seguros sociales y cajas de previsión, y también de los órganos ante los cuales se interponen los recursos contra las decisiones administrativas.

El tema de la seguridad social ocupa un lugar importante en los cursillos que se indican en las instituciones de educación obrera, y además forma parte de los cursillos sobre economía y sobre negociaciones salariales – en las cuales las denominadas “prestaciones complementarias” son muy importantes - y negociaciones colectiva en general.

La finalidad del Programa de educación obrera de la OIT es ayudar a los sindicatos, y en primer lugar a los de los países en desarrollo, a llevar a cabo sus propios programas educativos. Facilita material didáctico y publicaciones, como manuales de educación obrera sobre distintos temas; asesora a los organizadores sobre problemas técnicos, como la dirección de los cursillos y la preparación de estudios; proporciona información a los instructores de educación obrera y los ayuda a obtener becas, y atiende las solicitudes de otro tipo de asistencia que recibe a menudo.

COOPERACION TECNICA

Además de sus actividades normativas, sus estudios e investigaciones y la permanente recopilación, análisis y difusión de informaciones, la OIT ha dado y sigue dando ayuda práctica y asesoramiento a sus Estados Miembros para la implantación, modificación o ampliación de regímenes de seguridad social. En los primeros años de la OIT esta asistencia consistía generalmente en el envío desde la sede en Ginebra de misiones de explicación o asesoramiento. Ni siquiera la segunda guerra mundial interrumpió estas actividades prácticas, pues durante su transcurso se enviaron expertos en misión a Bolivia, Ecuador, Haití y México para que colaboraran en la elaboración de nueva legislación sobre la seguridad social.

Sir William Beveridge celebró consultas con la OIT mientras preparaba su famoso plan de transformación del seguro social del Reino Unido y de los servicios conexos. En su informe 13, publicado en 1942, puede leerse:

A fin de que realizar su encuesta la Comisión pudiera aprovechar la experiencia de otros países, en la medida en que fuera posible disponer de ella en las circunstancias anormales de la época, recurrió a la ayuda de la Oficina Internacional del Trabajo..... Es justo que la Comisión exprese su sincero agradecimiento por la ayuda facilitada por la Oficina Internacional del Trabajo.

Después de terminada la guerra la OIT expandió su cooperación técnica, que encauzó principalmente por conducto de las Naciones Unidas a raíz de la adopción por su Asamblea General, en 1949, del Programa Ampliado de Asistencias Técnica – a cuya disposición se pusieron los servicios de las naciones Unidas y de sus organizaciones especializadas – y de la creación en 1965 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO

La administración del PNUD se halla bajo la autoridad general del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas y el Programa se financia mediante contribuciones voluntarias de los Estados Miembros de las Naciones Unidas o de sus organizaciones especializadas. Todos los proyectos y programas para los cuales se solicita la asistencia financiera del PNUD deben tener como objetivo básico fomentar la autosuficiencia de los países en desarrollo en cuanto a capacidad directiva, técnica, administrativa e investigativa para elaborar y ejecutar políticas y planes de desarrollo.

Por consiguiente, las proposiciones de financiación deben conformarse a los criterios fijados por la Asamblea General. Los gobiernos que solicitan asistencia financiera del PNUD para proyectos que han de ser ejecutados por la OIT o por otras organizaciones especializadas deben mostrar que los proyectos han sido seleccionados con arreglo a necesidades prioritarias; que influirán directamente en el desarrollo económico y social del país; que se ha previsto, dentro de lo posible, dejar rápidamente su supervisión y administración en manos del país beneficiario; que han sido integrados en el esfuerzo general del desarrollo nacional; que han sido coordinados con otros programas de asistencia, y que no obedecen a consideraciones políticas.

PROGRAMA DE OIT

Otros proyectos son posibles además de los que financia el PNUD, pues la OIT tiene su propio Programa de cooperación técnica. Para que un proyecto pueda ser costeadado con cargo a dicho Programa, la respectiva solicitud debe ser presentada por uno o varios gobiernos, por una organización regional o intergubernamental, o por organizaciones de empleadores o trabajadores juntamente con el gobierno del país o por conducto de éste.

Bajo este programa de la OIT normalmente se da preferencia a los proyectos de corta duración.

FONDOS MULTILATERALES Y FIDUCIARIOS

Algunos países industrializados aportan directamente su contribución a la cooperación técnica que facilitan las organizaciones especializadas de las Naciones Unidas, la OIT entre ellas, y los fondos que asignan con tal propósito se conocen bajo de la denominación de “fondos multilaterales”. Con ellos se sufragan proyectos en todos los campos de competencia de la OIT, incluido el de seguridad social, y a veces los acuerdos suscritos con los países donantes prevén el envío por ellos de expertos asociados para colaborar en el respectivo proyecto de cooperación técnica de la OIT.

Algunos países, a fin de poder beneficiarse de la cooperación técnica de la OIT, están dispuestos a costear un proyecto, en todo o en parte, con fondos propios u obtenidos en préstamo del Banco Mundial, y entonces se dice que el proyecto es financiado con “fondos fiduciarios”. Cualquiera que sea la fuente de procedencia del dinero, desde el punto de vista técnico la OIT ejecuta el proyecto de la misma manera con que llevaría a cabo uno financiado por el PNUD o por su propio Programa de cooperación técnica.

MÉTODOS DE LA COOPERACION TECNICA

La OIT hace uso de tres métodos principales para cumplir su cometido de organismo de ejecución de proyectos de cooperación técnica:

- a) el envío de expertos, comprendidos consejeros regionales, al país o países de que se trate;
- b) la concesión de becas de formación o perfeccionamiento;
- c) la organización de seminarios o cursillo regionales en los que se estudian diversos aspectos de la seguridad social con la ayuda de expertos nacionales o internacionales.

ASESORAMIENTO DE EXPERTOS

Los proyectos de corta duración, como una misión preliminar o exploratoria o una breve misión de asesoramiento de alto nivel, usualmente se confían a miembros del personal de la sede o de la oficina regional. Para los proyectos más prolongados, como los que financia el PNUD, la OIT contrata expertos exteriores debidamente calificados. Su tarea es difícil; además de competencia técnica, requiere tacto y diplomacia, facilidad para adaptarse rápidamente a las muy diferentes condiciones que prevalecen en los países en desarrollo y una clara conciencia del hecho de que los métodos y técnicas de uso común en el país de procedencia experto no producirán necesariamente los mismos resultados en otros lugares del mundo. La dificultad consiste en parte en que una misión de seguridad social se compone casi siempre de un solo experto, el cual, si bien recibe previamente instrucciones en la sede de la OIT, y a veces también en la oficina regional, en última instancia debe contar sobre todo consigo mismo para el desempeño de su cometido – no obstante que, una vez en el lugar donde debe cumplir su misión, tiene el apoyo del Departamento de Seguridad Social y de otros servicios de la OIT, así como el Representante Residente del PNUD -, situación que cuadra a muchos expertos, pero ciertamente no a todos.

A causa de que la OIT está constituida en forma tripartita, en una fase temprana de cada misión se hace lo necesario para que los expertos se pongan en contacto con representantes de los círculos empresariales y sindicales, lo que les permite familiarizarse con las actitudes, las necesidades y las circunstancias de su nuevo medio. Además, donde ya existe algún régimen en su funcionamiento, quizá las organizaciones de empleadores y trabajadores participan activamente en su administración, pero aunque así no fuera, serán partes directamente interesadas cuando llegue el momento de estudiar la oportunidad de aplicar cualesquiera proposiciones o recomendaciones que la OIT formule basándose en la labor de los expertos. En todo proyecto de naturaleza práctica se espera del gobierno del país que destine funcionarios “de contraparte” para trabajar con el experto a fin de que puedan ser instruidos por él para que prosigan su labor o los aspectos más importantes de ella después que la misión de aquél haya llegado a su fin.

No todas las misiones de cooperación técnica alcanzan todos los objetivos inicialmente fijados, porque es sólo sobre el terreno donde pueden apreciarse la verdadera magnitud de la tarea a realizar, las posibilidades reales de llevarla a cabo y el orden de prioridad de cada una de sus diversas fases. Hasta puede ocurrir que, luego de madura reflexión el experto llegue a la conclusión de que los planes no se ajustan a la realidad o son demasiado ambiciosos para el estadio de desarrollo alcanzado hasta el momento, y en este caso no se da efecto al proyecto. Pero casi todas las misiones tienen éxito, aunque algunas pueden llevar más tiempo del esperado para dar sus frutos y los resultados positivos de otras pueden no ser exactamente los mismos que se previeron.

Ya se señaló en el capítulo 12 cuán importante es para un seguro social disponer del asesoramiento profesional de un actuario en la etapa de planificación y a intervalos regulares una vez entrado en

funcionamiento. Este es otro tipo de cooperación técnica que proporciona la OIT, por intermedio de los actuarios pertenecientes a su Departamento de Seguridad Social o de los que contrata especialmente al efecto.

BECAS

Las becas de estudio son un medio que la OIT utiliza para ayudar a funcionarios jóvenes de países en desarrollo a obtener de una manera práctica informaciones de primera mano o formación profesional en alguna administración o institución nacional que se ocupa de la planificación o gestión de la seguridad social. Aunque estas becas son útiles, hay que reconocer que no pueden reemplazar los años de estudio – sobre todo de estudio práctico – de la técnicas, la dirección, el uso de datos estadísticos y las muchas otras materias que un funcionario de un país en desarrollo tiene que dominar para poder desempeñar en forma competente un alto cargo directivo en una institución de seguridad social. Lo más probable es que lo mejor para el funcionamiento sea trabajar, en calidad de “contraparte”, junto con un experto internacional que realice una misión de cooperación técnica en su país.

SEMINARIO Y CURSILLOS DE FORMACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO.

La OIT ha establecido una colaboración especialmente valiosa con los organismos y gobiernos de los países escandinavos y de otros países industrializados que facilitan ayuda multilateral. Gracias a esta colaboración se ha podido costear la organización de cursillos y seminarios nacionales y regionales de formación y perfeccionamiento cuyo objetivo principal es mejorar las calificaciones técnicas del personal directivo, administrativo y técnico de las instituciones de seguridad social. La instrucción y la dirección de las discusiones no sólo están a cargo de los técnicos y consultores de la OIT, sino también, y en medida cada vez mayor, de los altos funcionarios administrativos de instituciones de seguridad social de la religión, cuya autoridad, derivada de su experiencia práctica, da aún más significación a estos cursillos y seminarios.

CONTENIDO DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA

Una vez explicado el mecanismo de la cooperación técnica entre la OIT, los organismos y países donantes y los países beneficiarios, es conveniente aclarar el contenido técnico de la ayuda que la OIT puede brindar a estos últimos gracias a dicho mecanismo:

1. Colaboración en un estudio general de la situación económica, social y administrativa del país y en la elaboración del esquema de un régimen de seguridad social adaptado a las necesidades actuales, a las posibilidades administrativas y a los requerimientos previsibles del futuro.
2. Preparación de la legislación de seguridad social, con inclusión no sólo de las leyes, sino igualmente de sus reglamentos de aplicación. Este servicio se presta tanto cuando hay necesidad de elaborar legislación por primera vez como cuando es menester modificar o reemplazar la legislación existente.
3. Estudio de los problemas de organización y administración de una institución de seguridad social a fin de mejorar las técnicas y procedimientos en que se basa el funcionamiento del régimen. El estudio puede ser general, o bien tener por objeto algún campo especializado, como el sistema de contabilidad, la organización de la recopilación, el análisis y presentación de datos estadísticos, la mecanización del análisis y la presentación de datos estadísticos, la mecanización del proceso de datos o las cuestiones actuariales.
4. Estudio de los problemas que plantea la presentación de asistencia médica bajo un régimen de seguridad social.

COLABORACIÓN CON LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

Desde su fundación en Bruselas, Bélgica, en 1927, con los auspicios de la OIT, la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) ha mantenido estrechas relaciones con aquélla. A diferencia de la OIT, no está constituida por Estados, pues de acuerdo con sus estatutos “es una organización internacional de servicios, instituciones u organización internacional de servicios, instituciones u organismos administradores de una o varias ramas de la seguridad social o de la mutualidad”.

La AISS, que en sus orígenes fue una organización europea, lleva a cabo actualmente sus actividades en todo el mundo. Además de su sede, instalada actualmente en Ginebra, tiene una oficina regional para África

en Lomé, otra para las Américas en Buenos Aires y una tercera para Asia y Oceanía en Nueva Delhi. En junio de 1983 tenía un total de 330 miembros de 123 países.

La Asamblea General de la AISS, que se reúne cada tres años brinda a sus miembros la oportunidad de enterarse de las tendencias generales que se manifiestan en las diversas ramas de la seguridad social y en su administración y de intercambiar puntos de vista acerca de ellas.

Las actividades técnicas en la sede de la AISS se realizan principalmente por el intermedio de comisiones técnicas permanentes, cada una con su propio campo de competencia:

- seguro de asistencia médica y de enfermedad;
- seguro de accidente del trabajo y de enfermedad profesional;
- seguro de desempleo y conservación del empleo;
- seguro de vejez, de invalidez y de sobrevivientes;
- prestaciones familiares;
- prevención de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales;
- organización y métodos;
- otros asuntos comunes a todas las ramas, como las cuestiones y cursillos de formación, se lleva a cabo proyectos de investigación y se editan publicaciones.

También en las regiones se organizaban reuniones técnicas y cursillos de formación, se llevan a cabo proyectos de investigación y se editan publicaciones.

La AISS facilita a sus miembros informaciones al día merced a diversas publicaciones periódicas, la mayor parte de las cuales se editan en varias lenguas. Pueden citarse la Revista Internacional de Seguridad Social (trimestral), la Bibliografía Mundial de Seguridad Social (semestral), Investigaciones en la seguridad social (semestral) y el Boletín Informativo sobre Procesamiento de Datos (aparece dos o tres veces por año). La Asociación también posee una biblioteca central con millares de publicaciones de todas partes del mundo. Esta biblioteca es una valiosa fuente de información para sus miembros, para los expertos en el funcionamiento y el fomento de la seguridad social y para todas las personas interesadas.

COLABORACION CON EL COMITÉ PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL Y CON OTRAS ORGANIZACIONES DE LAS AMERICAS.

La OIT facilita ayuda técnica y financiera al Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. Esta colaboración con el Comité reviste una nueva significación desde la adopción por la OIT en 1966 del programa de Ottawa de reforma de la seguridad social para las Américas, establecido por la Octava Conferencia de los Estados de América Miembros de la OIT y que fija directrices para el desarrollo, reforma y mejoramiento de la seguridad social en la región. Un elemento importante de las actividades del Comité es la formación profesional, que se imparte en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, que cuenta con la asistencia de la OIT y sirve como instrumento para la consecución de ciertos objetivos del Programa de Ottawa.

Pero la OIT, la AISS y el Comité no son las únicas organizaciones que facilitan cooperación técnica y organizan estudios y reuniones sobre seguridad social en la región de las Américas, pues en este campo actúan también otras tres importantes organizaciones – la Organización de los Estados Americanos, la Oficina Panamericana de Salud y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social - , de modo que es indispensable, en interés de su esfuerzo común de fomento de regímenes de seguridad social eficaces en las Américas, coordinar todas sus actividades y evitar que se superpongan. Precisamente el Programa de Ottawa confirió a la OIT el mandato de tomar la iniciativa a este respecto, y es con sus auspicios que ese realiza, entre otras cosas, consultas semestrales entre las organizaciones.

LA OIT Y LA SEGURIDAD SOCIAL EN AFRICA

Es lógico que la generación que presenció el nacimiento de tantos Estados africanos se haya interesado mucho en la seguridad social, un campo en el que se combinan de manera atrayente los ideales de justicia social y de solidaridad nacional y ciertos problemas prácticos de economía, todo lo cual reviste importancia para países nuevos y en desarrollo. Se trata igualmente de una esfera técnica y un área geográfica en las que la capacidad de la OIT para proporcionar cooperación técnica puede ser utilizada con provecho en la colaboración con las diversas organizaciones interafricanas que han ido arraigándose en una situación política, económica y social aún no suficientemente estabilizada.

Durante muchos años la OIT ha organizado la formación y el perfeccionamiento del personal de seguridad social de África gracias a fondos provenientes de las diversas fuentes ya mencionadas, y especialmente de

fondos multilaterales, que han constituido el principal medio de financiación. Los gobiernos del continente se han mostrado siempre muy dispuestos a que los respectivos cursos y seminarios se lleven a cabo en sus territorios, y las instituciones de seguridad social más antiguas de África han colaborado en calidad de consultores técnicos.

La Quinta Conferencia Regional Africana de la OIT, que se reunió en Abidján en 1977, destacó cuán importante es que:

- los programas de formación y perfeccionamiento sean parte integrante de la administración de las instituciones de seguridad social;
- la OIT dé ayuda y apoyo a la formación no sólo del personal de esas instituciones, sino también de los representantes de los trabajadores y de los empleadores que participan en la formulación y aplicación de las políticas en su calidad de miembros de los consejos de administración y las comisiones consultivas.

Desde entonces, tanto la OIT como la AISS han intensificado sus esfuerzos, pero la necesidad del perfeccionamiento del personal de dirección de la seguridad social va en aumento, al igual que la de la coordinación entre los encargados de proporcionarlo.

El perfeccionamiento del personal de dirección es un objetivo por derecho propio, pero además forma parte de otros proyectos de cooperación técnica de OIT, como los estudios actuariales, legislación, contabilidad y estadísticas, y está subordinado a las metas más generales de lograr una mayor armonización entre los regímenes de seguridad social del continente y una mejor protección de los migrantes y de otras categorías desfavorecidas de trabajadores empleados fuera de sus países. Todo esto exige un mayor grado de colaboración práctica entre la OIT y la Organización de la Unidad Africana, la Organización Común Africana y Mauriciana y otras organizaciones regionales y subregionales.

Citas de este compendio de la OIT

- 1 OIT: El costo de la asistencia médica, Estudios y Documentos, nueva serie, núm. 51 (Ginebra, 1959).
- 2 Idem: Efectos macroeconómicos de la seguridad social (Ginebra, 1970).
- 3 Derick Fulcher: Sistemas de asistencia médica: Medios públicos y privados de protección de la salud en diez países industrializados (Ginebra, OIT, 1975).
- 4 A. Zelenka: Les systemes de pensions dans les pays industrialises (Ginebra, OIT, 1974).
- 5 OIT. Desempleo y seguridad social (Ginebra, 1976).
- 6 Pierre Mouton: Social security in Africa; Trends, problems and prospects (Ginebra, OIT, 1975) (esta publicación existe también en frances).
- 7 OIT: Social security for migrant workers (Ginebra, 1977) (esta publicación existe también en frances).
- 8 Idem: Pensions and inflation: And international discussion (Ginebra, 1977) (esta publicación existe también en frances).
- 9 Idem: Financing social security: The options (Ginebra 1983)) (esta publicación existe también en frances).
- 10 Idem: Hand book of social insurance administration, tres volúmenes (Ginebra, 1962, mimeografiado para distribución restringida).
- 11 Idem: Report on the ILO/Norway African regional training course for senior social security managers and administrative officials (Ginebra, 1982).
- 12 P.Thullen: Techniques actuariales de la securite sociale: Régimes des pensions d´invalidite de vieillesse et de survivants (Ginebra, OIT segunda impresión, 1974).
- 13 Sir William Beveridge: Social insurance and allied services, Report presented to Parliament by command of His Majesty, noviembre de 1942(Londres HMSQ, 1942), párrafo 36.

2.1 CONVENIOS Y RECOMENDACIONES INTERNACIONALES DEL TRABAJO

La OIT ha desempeñado un importante papel en el desarrollo de la seguridad social. El objetivo fundamentalmente de la Organización es la formulación de políticas y programas internacionales para mejorar las condiciones de trabajo y de vida, y uno de los principales medios de que se vale para ello está constituido por los convenios internacionales del trabajo, cuya elaboración exige de la Oficina Internacional del Trabajo una considerable labor de estudio, intercambio de ideas y examen de las legislaciones y las prácticas nacionales del mundo entero. Un convenio contiene una serie de criterios para la preparación de legislación nacional, y una vez adoptado por la Conferencia Internacional del Trabajo en una de sus reuniones anuales, los Estados Miembros de la OIT, según la Constitución de ésta, están obligados a someterlo a la consideración de su asamblea legislativa. Un país puede ratificar un convenio cuando las normas que contiene se han incorporado en su legislación, y aunque no todos los países que aplican un convenio lo ratifican, la OIT influye con eficacia en el establecimiento de normas independientemente de estas formalidades de procedimiento.

El Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), cuya adopción por la Conferencia el 28 de junio de 1952 constituyó un hito en la historia de la seguridad social en el plano internacional, reúne en un solo documento las políticas en la materia que los Estados que a la sazón eran Miembros de la OIT estaban dispuestos a hacer suyas, define las prestaciones que constituyen el núcleo de la seguridad social, sienta los requisitos mínimos en cuanto a cobertura de la población y al contenido y nivel de las prestaciones, prevé lo necesario para la protección de los derechos de las cotizantes y los beneficiarios y se refiere a asuntos accesorios de administración. En este libro se hará referencia repetidas veces al Convenio núm. 102.

Aunque posteriormente la OIT elaboró convenios más detallados sobre determinadas ramas de la seguridad social, el Convenio núm. 102 conserva su significación como documento que establece importantes normas básicas. A continuación se da una lista de estos convenios, en la que también se citan las recomendaciones internacionales del trabajo sobre el tema. Una recomendación es un instrumento similar a un convenio pero que no está destinado a ser sometido a un procedimiento para su ratificación formal y contiene normas detalladas que se considera conveniente alcanzar, con frecuencia relativas a asuntos de los cuales se estimó que un convenio resultaría demasiado rígido. Cuando además de un convenio se adopta una recomendación que lo complementa, ésta suele sugerir normas más avanzadas que las definidas en las disposiciones – que, si se ha procedido a la ratificación, deben cumplirse obligatoriamente - del convenio.

CONVENIOS Y RECOMENDACIONES SOBRE SEGURIDAD SOCIAL.

Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102).
 Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado), 1952 (núm. 103).
 Recomendación sobre la maternidad, 1952 (núm. 95).
 Convenio sobre la igualdad de trato (seguridad social), 1962 (núm. 118) (relativo a la igualdad de trato entre nacionales y extranjeros).
 Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 1964 (núm. 121).
 Recomendación sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 1964 (núm. 121).
 Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, 1967 (núm. 128).
 Recomendación sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, 1967 (núm. 131).
 Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969 (núm. 130).
 Recomendación sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969 (núm. 134).
 Recomendación sobre trabajadores de edad, 1980 (núm. 162) (relativa a la igualdad de oportunidades y de trato para estos trabajadores, a su protección en el empleo y a su preparación y acceso al retiro).
 Convenio sobre la conservación de los derechos en materia de seguridad social, 1982 (núm. 157).
 Recomendación sobre la conservación de los derechos en materia de seguridad social, 1983 (núm. 167).

2.2. CONVENIO SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL (NUM. 102) (NORMA MINIMA), de 1952

En este punto se dan, para mayor comodidad, informaciones sobre el Convenio núm. 102.

Se tratan todos sus aspectos importantes, pero no en forma exhaustiva; quienes deseen conocer con exactitud que dispone el instrumento sobre algún asunto de su interés deben consultar el texto bibliográfico marcado como única cita para todo lo relacionado con la OIT. (22)

DISPOSICIONES GENERALES

El Convenio núm. 102, adoptado por la Conferencia Internacional del Trabajo el 28 de junio de 1952, define las nueve ramas de seguridad social siguientes:

- a) asistencia médica;
- b) prestaciones monetarias de enfermedad;
- c) prestaciones de desempleo;
- d) prestaciones de vejez;
- e) prestaciones en caso de accidente del trabajo y de enfermedad profesional;
- f) prestaciones familiares;
- g) prestaciones de maternidad;
- h) prestaciones de invalidez;
- i) prestaciones de sobrevivientes.

Todas estas prestaciones, salvo las asistencia médica, consisten en pagos en dinero, aunque las de los apartados e) y g) también están constituidas en parte por asistencia médica y en las prestaciones familiares pueden estar comprendidos componentes muy diversos.

Los Estados que ratifican el Convenio, es decir, que incorporan sus prescripciones en su legislación nacional, deben establecer tres ramas como mínimo, entre las cuales debe estar comprendida por lo menos una de las cinco siguientes: de desempleo, de vejez, de accidente del trabajo y de enfermedad profesional, de invalidez o de sobrevivientes. También deben dar cumplimiento a las normas estatuidas en cuanto a cobertura mínima de su población, cuantía mínima de las prestaciones y, cuando proceda, suministro mínimo de asistencia médica. El Convenio exige, como regla general, la igualdad de trato entre los nacionales y los extranjeros residentes en el país, enumera las circunstancias en que las prestaciones pueden suspenderse y prevé que los solicitantes y beneficiarios deberán tener derecho a apelar contra las decisiones de denegación de las prestaciones. Otras de sus disposiciones generales limitan a medida que puede obligarse a los trabajadores afiliados a un seguro o las personas de recursos económicos modestos a financiar las prestaciones por medio de cotizaciones o de impuestos. Estos asuntos se tratan con mayor detalle más adelante.

Con arreglo al Convenio, el Estado asume la responsabilidad general de la administración de la seguridad social, de garantizar la solidez financiera de las cajas y de vigilarla continuamente, y de asegurar, cuando proceda, que representantes de las personas protegidas y de los empleadores participen en la administración de las instituciones de seguridad social.

NORMAS MINIMAS SOBRE PERSONAS PROTEGIDAS.

Según estas normas mínimas, las personas protegidas deberán comprender:

1.- Para las prestaciones de enfermedad, de desempleo, de vejez, familiares y de invalidez:

- a) a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan el 50 por ciento de todos ellos; o bien,
- b) (salvo para las prestaciones de desempleo) a categorías prescritas de la población económicamente activa que constituyan el 20 por ciento de todos los residentes; o bien,
- c) cuando las prestaciones estén supeditadas sólo a una prueba de recursos, a todos los residentes cuyos recursos no excedan de los límites prescritos.

2.- Para las prestaciones de asistencia médica:

- a) a todas las personas que podrían estar protegidas con prestaciones de enfermedad según los apartados a) y b) del párrafo 1, más sus esposas e hijos; o bien,
- b) a categorías prescritas que en total constituyan el 50 por ciento de todos los residentes.

3.- Para las prestaciones en caso de accidente del trabajo y de enfermedad profesional, a todas las personas que podrían estar protegidas con prestaciones de enfermedad según el apartado a) del párrafo 1, y para las prestaciones a que da derecho la muerte del sostén de familia, también a las cónyuges y a los hijos de dichas personas.

4.- Para las prestaciones de sobrevivientes:

- a) a las cónyuges y a los hijos de todas las personas que podrían estar protegidas con prestaciones de enfermedad según los apartados a) y b) del párrafo 1; o bien,
- b) cuando las prestaciones estén supeditadas sólo a una prueba de recursos, a todas las viudas y a todos los hijos residentes que hayan perdido su sostén de familia y cuyos recursos no excedan de los límites prescritos.

5.- Para las prestaciones de maternidad, a todas las mujeres asalariadas que podrían estar protegidas con prestaciones de enfermedad según los apartados a) o b) del párrafo 1, y en lo concierne a las prestaciones médicas de maternidad, también a las cónyuges de los hombres protegidos por las prestaciones de enfermedad.

Un Estado cuya economía y cuyos recursos médicos estén insuficientemente desarrollados puede acogerse, al ratificar el Convenio, a excepciones temporales a estas normas mínimas sobre personas protegidas. Al principio deberá comprometerse a proteger por lo menos al 50 por ciento de los asalariados de las empresas industriales que ocupen como mínimo a veinte personas, y también a las cónyuges y los hijos de dichos asalariados en lo que concierne a las prestaciones de asistencia médica de maternidad, de sobrevivientes y de accidente del trabajo y de enfermedad profesional.

NORMAS MINIMAS SOBRE LA CUANTIA DE LAS PRESTACIONES

Las directrices para la fijación de la cuantía mínima de las prestaciones se basan en el siguiente cuadro de contingencias, beneficiarios tipo y porcentajes:

Contingencia	Beneficiario tipo	Porcentaje
Enfermedad	Hombre con cónyuge y dos hijos	45
Desempleo	Hombre con cónyuge y dos hijos	45
Vejez	Hombre con cónyuge en edad de pensión	40
Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales:		
Incapacidad para trabajar	Hombre con cónyuge y dos hijos	50
Invalidez	Hombre con cónyuge y dos hijos	50
Sobrevivientes	Viuda con dos hijos	40
Maternidad	Mujer	45
Invalidez	Hombre con cónyuge y dos hijos	40
Sobrevivientes	Viuda con dos hijos	40

El cuadro se aplica en dos situaciones:

1.- En primer lugar, se aplica cuando la cuantía de las prestaciones se calcula con relación a las ganancias anteriores de la persona protegida. Esta cuantía, aumentada con el importe de las asignaciones familiares, debe ser por lo menos igual al porcentaje indicado en el cuadro de las ganancias anteriores más las asignaciones familiares. Debe prescribirse reglas para el cálculo de las ganancias anteriores. Puede fijarse un máximo para el monto de la prestación o para las ganancias que se han de tomar en cuenta en el cálculo de ésta, a condición de que tales ganancias no sean inferiores al salario de un trabajador calificado adulto del sexo masculino (el Convenio propone como alternativa ganancias que "sean iguales al 125 por ciento del promedio de las ganancias de todas las personas protegidas").

2.- En segundo lugar, el cuadro se aplica cuando las prestaciones son uniformes. La cuantía de las prestaciones pagaderas a un beneficiario tipo debe ser por lo menos igual, tomando en cuenta para ambos términos de la comparación cualesquiera asignaciones familiares que se abonen, al porcentaje indicado en el cuadro del salario del trabajador ordinario no calificado adulto del sexo masculino. Este se define como un trabajador no calificado empleado en la rama de actividades económicas que ocupe al mayor número de personas protegidas con las prestaciones.

En ambas situaciones se permite, si las ganancias varían significativamente de una región a otra, fijar para las distintas regiones diferentes máximos para las prestaciones relacionadas con la ganancias o diferentes montos uniformes.

INTRODUCCION A LA SEGURIDAD SOCIAL.

En una tercera situación – la de los regímenes financiados con fondos públicos – la cuantía de las prestaciones puede determinarse sobre la base de los recursos del beneficiario y de su familia, de acuerdo con una escala prescrita. Las reglas para el cálculo deben ser tales que el monto de la prestación no pueda reducirse sino cuando los demás recursos de la familia excedan de sumas apreciables prescritas. El total de las prestaciones y de los demás recursos de la familia, si existen, debe ser comparable, previa deducción de las sumas apreciables mencionadas, con el calculado con arreglo a la fórmula para las prestaciones uniformes.

NORMAS MINIMAS PARA LA ASISTENCIA MÉDICA

Las prestaciones deben comprender por lo menos:

- la asistencia médica general, comprendida la visita a domicilio;
- la asistencia por especialistas, prestada en hospitales a personas hospitalizadas o no hospitalizadas y la asistencia que pueda ser prestada por especialistas fuera de los hospitales;
- el suministro de productos farmacéuticos esenciales;
- la asistencia prenatal, la asistencia durante el parto, y la asistencia puerpéra prestada por un médico o por una comadrona diplomada;
- la hospitalización, cuando fuere necesaria.

En la rama de prestaciones de maternidad, la asistencia médica debe incluir la indicada en los apartados d) y e).

La asistencia médica mínima que deben comprender las prestaciones de accidente del trabajo y de enfermedad profesional es más amplia, pues abarca la asistencia odontológica, el suministro de aparatos de prótesis y de anteojos de una gama más amplia de servicios de especialistas. No obstante, un país en desarrollo puede acogerse, al ratificar el Convenio, a excepciones temporales a estas normas mínimas y

comprometerse al principio a proporcionar en la rama de accidente del trabajo y enfermedad profesional únicamente la asistencia médica general mencionada en los apartados a), b),c) y e).

PERIODOS DE CALIFICACIÓN

Para las prestaciones de asistencia médica, de enfermedad, de desempleo y de maternidad puede exigirse el cumplimiento del “período de calificación que se considere necesario para evitar abusos”. Según las circunstancias, este período puede aplicarse al marido en el caso de las prestaciones de maternidad o al sostén de familia en el caso de las prestaciones de asistencia médica.

Para las prestaciones familiares puede requerirse un período de calificación de no más de tres meses de cotización o de empleo o de un año de residencia.

La concesión de las prestaciones de vejez puede supeditarse a un período de calificación de no más de treinta años de cotización o de empleo o de veinte años de residencia, pero deben garantizarse prestaciones reducidas después de quince años como máximo. Cuando un régimen contributivo cubre la totalidad de los asalariados y de trabajadores independientes, puede exigirse además que en nombre de la persona protegida se hayan pagado, durante el período activo de su vida, cotizaciones cuyo número anual alcance un promedio prescrito.

Las prestaciones normales de invalidez y de sobrevivientes deben ser pagaderas después de no más de quince años de cotización o de empleo o de diez años de residencia, si bien han de garantizarse prestaciones reducidas después de cinco años. En los regímenes contributivos de cobertura general pueden exigirse tres años de cotización y cierto promedio anual prescrito del número de cotizaciones pagadas.

DURACION DE LAS PRESTACIONES

La duración de las prestaciones de asistencia médica y de enfermedad puede limitarse a veintiséis semanas en cada caso, si bien las primeras no pueden suspenderse mientras continúen pagándose prestaciones monetarias de enfermedad. Estas pueden no pagarse durante los tres primeros días de cada caso (período de espera).

Un país en desarrollo está facultado para acogerse, en el momento de ratificar el Convenio, a una excepción temporal y limitar la duración a trece semanas en cada caso.

Las prestaciones de desempleo pueden limitarse, cuando la protección comprende a categorías de asalariados, a trece semanas en el transcurso de un período de doce meses, y cuando la protección se extiende a todos los residentes a reserva de una prueba de recursos, a veintiséis semanas, también en el transcurso de un período de doce meses. Es posible imponer un período de espera de hasta siete días.

Las prestaciones monetarias de maternidad pueden limitarse a doce semanas, a menos que la legislación nacional imponga o autorice un período más largo de abstención del trabajo, en cuyo caso los pagos no pueden limitarse a un período de menor duración.

Las restantes prestaciones son pagaderas mientras dure la respectiva contingencia, pero puede exigirse un período de espera de tres días para las prestaciones de accidente del trabajo y de enfermedad profesional, y las prestaciones de invalidez pueden reemplazarse por las de vejez al alcanzarse la edad de jubilación.

DISPOSICIONES VARIAS

La regla general es que los residentes no nacionales deben tener los mismos derechos que los residentes, a reserva de las siguientes excepciones:

- a) en lo que respecta a las prestaciones o partes financiadas exclusivamente o de manera preponderante con fondos públicos, pueden prescribirse disposiciones especiales para los no nacionales y para los nacionales nacidos fuera del territorio del país;
- b) cuando las prestaciones se conceden mediante un régimen de seguro social, los derechos de los nacionales de otro país pueden estar condicionados a la existencia de un acuerdo de reciprocidad.

Por lo que atañe a la suspensión de las diversas prestaciones, se admite:

- a) mientras el interesado se encuentre en el extranjero;
- b) mientras el interesado esté mantenido con cargo a fondos públicos o a costa de una institución o de un servicio de seguridad social (sin embargo, si la prestación excede del costo de esta manutención, la diferencia deberá pagarse a las personas a cargo del beneficiario);
- c) mientras el interesado tenga derecho al mismo tiempo a dos tipos de prestaciones monetarias, con excepción de una prestación familiar (sin embargo, el monto de lo que se le pague no debe ser inferior al de la mayor de dichas dos prestaciones);
- d) cuando el interesado haya intentado obtener la prestación fraudulentamente o la contingencia haya sido provocada por un crimen o delito por él o por falta intencional de su parte;

- e) cuando el interesado no utilice los servicios médicos o de readaptación puestos a disposición, o no observe las reglas prescritas para comprobar la existencia a su de la contingencia o sobre la conducta de los beneficiarios de las prestaciones;
- f) en lo que se refiere a las prestaciones de desempleo, cuando el interesado haya perdido su empleo como consecuencia directa de una suspensión del trabajo debida a un conflicto profesional o lo haya abandonado voluntariamente sin motivo justificado;
- g) en lo que se refiere a las prestaciones de sobrevivientes, mientras la viuda viva en concubinato.

Todo solicitante debe tener derecho a apelar en caso de que se le niegue una prestación o respecto de su calidad o cantidad, pero por lo que toca a la asistencia médica, cuando se proporcione por conducto de un departamento gubernamental el mencionado derecho de apelación puede substituirse por el derecho a hacer examinar por la autoridad competente toda queja sobre la denegación o la calidad de dicha asistencia.

El costo de las prestaciones y los gastos de administración deben ser financiados colectivamente de manera tal que:

- a) se evite que las personas de recursos económicos modestos tengan que soportar una carga demasiado onerosa;
- b) se tenga en cuenta la situación económica del país y de las categorías de personas protegidas;
- c) en las ramas organizadas en forma de seguro social (salvo en la de prestaciones familiares, y normalmente también en la de prestaciones de accidente del trabajo y de enfermedad profesional), el total de las cotizaciones a cargo de los asalariados protegidos no debe exceder del 50 por ciento del total del costo de las prestaciones.

El Convenio no se aplica a los marinos ni a los pescadores de alta mar, para los cuales existe el Convenio sobre la seguridad social de la gente de mar, 1946 (núm. 70), y el Convenio sobre las pensiones de gente de mar, 1946 (núm.71). (22)

Sintetizando, “encontramos que en la Declaración de Filadelfia (1944), relativa a los fines y objetivos de la OIT, se reconoce la obligación solemne de la Organización Internacional del Trabajo de fomentar, entre todas las naciones del mundo, programas que permitan:

- a) “lograr el pleno empleo”.....
- b)c) “conceder.... oportunidades de formación profesional.....
- c)f) “extender las medidas de seguridad social”..... “y prestar asistencia médica completa”..... (parte III).

Así, uno de los **objetivos asignados a la OIT por su Constitución es la promoción formal de los derechos humanos, entre los que se encuentra el derecho al trabajo**, dentro de su campo de actividades y de las condiciones para su ejercicio.

Para este fin, la OIT ha emprendido desde su comienzo la elaboración de un conjunto de normas internacionales del trabajo y han tratado de lograr su más amplia aceptación en el mundo.

En este orden de ideas, la OIT, en su actividad normativa, ha tratado sobre todo de ir realizando por etapas una obra que permita resultados concretos. El conjunto de normas existente abarca tanto determinadas libertades y derechos como los medios para asegurar su ejecución efectiva, trátase de garantías que completen el reconocimiento de los principios fundamentales del establecimiento de instituciones y métodos destinados a proteger o promover en todo o en parte los derechos reconocidos o de la formulación de políticas de conjunto encaminadas a crear las condiciones prácticas necesarias para el ejercicio de toda una serie de derechos.

Como se indicó hace ya algunos años, en la Memoria presentada a la Conferencia Internacional del Trabajo (1968) sobre La OIT y los derechos humanos, **“las normas constituyen la base de la protección que la OIT puede dispensar a los trabajadores y los convenios continúan siendo el único medio, para crear un sistema de obligaciones jurídicas que vinculen realmente a los Estados”**.

A este respecto, es oportuno recordar el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 23, que prevé la conclusión de convenios y la aprobación de recomendaciones entre las medidas de orden internacional destinadas a asegurar el cumplimiento de los derechos reconocidos en el Pacto. La acción normativa de la OIT corresponde a este propósito.

Pero además, el control internacional de la aplicación de las normas continúa siendo un elemento esencial entre los medios de acción de la OIT en la esfera de los derechos humanos en general, y en particular en el ámbito del derecho al trabajo”. (23)

2.3 Los orígenes de las políticas sociales.

Los orígenes de las políticas sociales se remontan a las últimas décadas del siglo XIX en Europa, donde nacen con el objetivo de moralizar la economía liberal, a fin de evitar las injustas consecuencias sociales de la Revolución Industrial.

En sus inicios, la política social ‘anglosajona’ se preocupó fundamentalmente por todas aquellas personas amenazadas por la pobreza: ancianos, vagabundos, enfermos, etc.

La política social ‘latina’, en cambio, se interesó por las condiciones de la clase trabajadora, identificándose con la política laboral: prohibición del trabajo a los menores de edad, reducción de la jornada laboral, salarios más justos, seguridad en el trabajo, etc. Con el tiempo, las políticas sociales han ido transformándose y ampliando su radio de acción no sólo a las capas más necesitadas de la población, sino a la mayoría de los individuos que componen una sociedad.

Relacionadas con la provisión de servicios sociales, las políticas sociales forman parte del Estado de bienestar, su representación institucional, y abarcan una extensa gama de vivienda, educación u ocio. Hoy su objetivo es la búsqueda del bienestar y la mejoría de las condiciones materiales de vida de la población.

Igualmente el derecho a la salud, tiene íntima relación con el estado de bienestar, conceptuando como proyecto y modelo de sociedad que constituye el principal punto programático de gran número de ideologías y partidos actuales.

El concepto, surgido en la segunda mitad del siglo XX, parte de la premisa de que el gobierno de un Estado debe ejecutar determinadas políticas sociales que garanticen y aseguren el ‘bienestar’ de los ciudadanos en determinados marcos como el de la sanidad, la educación y , en general, todo el espectro posible de seguridad social.

E) Relación de las diferentes leyes federales vigentes en las que se enlistan las de salud.

En este inciso relacionaremos las leyes de carácter federal aplicables a la materia. Esto con la finalidad de mostrar que al día de hoy no hay una “LEY DEL SEGURO POPULAR”

Título de la Ley Publicación Original	Última reforma DOF
CONSTITUCIÓN Política de los Estados Unidos Mexicanos DOF 05-02-1917	04-12-2006
CÓDIGO Civil Federal DOF 26-05-1928	DOF 31-12-2004
CÓDIGO de Comercio DOF 07-10-1889	DOF 06-06-2006
CÓDIGO de Justicia Militar DOF 31-08-1933	DOF 29-06-2005
CÓDIGO Federal de Instituciones y Procedimientos Electorales DOF 15-08-1990	DOF 24-04-2006
CÓDIGO Federal de Procedimientos Civiles DOF 24-02-1943	DOF 13-06-2003
CÓDIGO Federal de Procedimientos Penales DOF 30-08-1934	DOF 22-06-2006
CÓDIGO Fiscal de la Federación En actualización DOF 31-12-1981 Cantidades actualizadas DOF 09-02-2004, 06-04-2006, 12-05-2006	DOF 27-12-2006 DOF 18-07-2006
CÓDIGO Penal Federal DOF 14-08-1931	DOF 30-06-2006 DOF 30-06-

	2006
ESTATUTO de Gobierno del Distrito Federal DOF 26-07-1994	DOF 14-10- 1999
ESTATUTO de las Islas Mariás DOF 30-12-1939	Sin reforma
LEY Aduanera DOF 15-12-1995 Cantidades actualizadas DOF 04-04-2005, 10-04-2006	DOF 02-02- 2006
LEY Agraria DOF 26-02-1992	DOF 09-07- 1993
LEY de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público DOF 04-01-2000	DOF 21-08- 2006
LEY de Aeropuertos DOF 22-12-1995	DOF 05-07- 2006
LEY de Aguas Nacionales DOF 01-12-1992	DOF 29-04- 2004
LEY de Ahorro y Crédito Popular DOF 04-06-2001	DOF 18-07- 2006
LEY de Amnistía DOF 22-01-1994	Sin reforma
LEY de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 y 107 de la Const. Pol.ca de los Estados Unidos Mexicanos DOF 10-01-1936	DOF 24-04- 2006
LEY de Ascensos de la Armada de México DOF 25-06-2004	Sin reforma

LEY de Ascensos y Recompensas del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos DOF 30-10-2003	Sin reforma
LEY de Asistencia Social DOF 02-09-2004	Sin reforma
LEY de Asociaciones Agrícolas DOF 27-08-1932	DOF 12-05-1936
LEY de Asociaciones Religiosas y Culto Público DOF 15-07-1992	DOF 24-04-2006
LEY de Aviación Civil DOF 12-05-1995	DOF 05-07-2006
LEY de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados DOF 18-03-2005	Sin reforma
LEY de Cámaras Empresariales y sus Confederaciones DOF 20-01-2005	Sin reforma
LEY de Caminos, Puentes y Autotransporte Federal DOF 22-12-1993	DOF 25-10-2005
LEY de Capitalización del Procampo DOF 31-12-2001	Sin reforma
LEY de Ciencia y Tecnología DOF 05-06-2002	DOF 21-08-2006
LEY de Comercio Exterior DOF 27-07-1993	DOF 21-12-2006
LEY de Concursos Mercantiles DOF 12-05-2000	Sin reforma
LEY de Contribución de Mejoras por Obras Públicas Federales	Sin

de Infraestructura Hidráulica DOF 26-12-1990	reforma
LEY de Coordinación Fiscal En actualización DOF 27-12-1978	DOF 27-12- 2006 DOF 10-02- 2005
LEY de Desarrollo Rural Sustentable DOF 07-12-2001	Sin reforma
LEY de Desarrollo Sustentable de la Caña de Azúcar DOF 22-08-2005	Sin reforma
LEY de Disciplina del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos DOF 15-03-1926	DOF 10-12- 2004
LEY de Disciplina para el Personal de la Armada de México DOF 13-12-2002	Sin reforma
LEY de Educación Militar del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos DOF 23-12-2005	Sin reforma
LEY de Energía para el Campo DOF 30-12-2002	Sin reforma
LEY de Expropiación DOF 25-11-1936	DOF 04-12- 1997
LEY de Extradición Internacional DOF 29-12-1975	DOF 18-05- 1999
LEY de Fiscalización Superior de la Federación DOF 29-12-2000	DOF 04-04- 2005
LEY de Fomento para la Lectura y el Libro DOF 08-06-2000	Sin reforma
LEY de Fondos de Aseguramiento Agropecuario y Rural	Sin

DOF 13-05-2005	reforma
LEY de Información Estadística y Geográfica DOF 30-12-1980	DOF 12-12- 1983
LEY de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2007 Nueva Ley DOF 27-12-2006	Sin reforma
LEY de Instituciones de Crédito DOF 18-07-1990	DOF 18-07- 2006
LEY de Inversión Extranjera DOF 27-12-1993	DOF 18-07- 2006
LEY de la Casa de Moneda de México DOF 20-01-1986	Sin reforma
LEY de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores DOF 28-04-1995	DOF 20-06- 2005
LEY de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos DOF 29-06-1992	DOF 30-06- 2006
LEY de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas DOF 21-05-2003	Sin reforma
LEY de la Comisión Reguladora de Energía DOF 31-10-1995	DOF 23-01- 1998
LEY de la Policía Federal Preventiva DOF 04-01-1999	DOF 25-10- 2005
LEY de la Propiedad Industrial DOF 27-06-1991	DOF 25-01- 2006

LEY de los Derechos de las Personas Adultas Mayores DOF 25-06-2002	DOF 26-01- 2006
LEY de los Impuestos Generales de Importación y de Exportación DOF 18-01-2002	Sin reforma
LEY de los Institutos Nacionales de Salud DOF 26-05-2000	DOF 22-06- 2006
LEY de los Sistemas de Ahorro para el Retiro DOF 23-05-1996	DOF 11-01- 2005
LEY de Nacionalidad DOF 23-01-1998	DOF 12-01- 2005
LEY de Navegación y Comercio Marítimos DOF 01-06-2006	Sin reforma
LEY de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas DOF 04-01-2000	DOF 07-07- 2005
LEY de Organizaciones Ganaderas DOF 06-01-1999	Sin reforma
LEY de Pesca DOF 25-06-1992	DOF 08-01- 2001
LEY de Planeación DOF 05-01-1983	DOF 13-06- 2003
LEY de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles DOF 31-12-1975	DOF 30-06- 2006
LEY de Productos Orgánicos DOF 07-02-2006	Sin reforma

LEY de Protección al Ahorro Bancario DOF 19-01-1999	DOF 06-07- 2006
LEY de Protección al Comercio y la Inversión de Normas Extranjeras que Contravengan el Derecho Internacional DOF 23-10-1996	Sin reforma
LEY de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros DOF 18-01-1999	DOF 06-06- 2006
LEY de Puertos DOF 19-07-1993	Sin reforma
LEY de Recompensas de la Armada de México DOF 14-01-1985	Sin reforma
LEY de Responsabilidad Civil por Daños Nucleares DOF 31-12-1974	Sin reforma
LEY de Seguridad Nacional DOF 31-01-2005	DOF 26-12- 2005
LEY de Sistemas de Pagos DOF 12-12-2002	Sin reforma
LEY de Sociedades de Inversión DOF 04-06-2001	DOF 28-01- 2004
LEY de Sociedades de Responsabilidad Limitada de Interés Público DOF 31-08-1934	Sin reforma
LEY de Sociedades de Solidaridad Social DOF 27-05-1976	Sin reforma
LEY de Transparencia y de Fomento a la Competencia en el Crédito Garantizado DOF 30-12-2002	DOF 07-02- 2005
LEY de Vías Generales de Comunicación	DOF

DOF 19-02-1940	25-10-2005
LEY de Vivienda DOF 27-06-2006	Sin reforma
LEY del Banco de México DOF 23-12-1993	DOF 31-12-2000
LEY del Diario Oficial de la Federación y Gacetas Gubernamentales DOF 24-12-1986	Sin reforma
LEY del Impuesto al Activo En actualización DOF 31-12-1988	DOF 27-12-2006 DOF 01-12-2004
LEY del Impuesto al Valor Agregado DOF 29-12-1978	DOF 18-07-2006
LEY del Impuesto Especial Sobre Producción y Servicios En actualización DOF 30-12-1980	DOF 27-12-2006 DOF 27-12-2006 DOF 28-06-2006 DOF 27-12-2006 DOF 18-07-2006
LEY del Impuesto Sobre la Renta En actualización DOF 01-01-2002	DOF 18-07-2006
LEY del Impuesto Sobre Servicios Expresamente Declarados de Interés Público por Ley, en los que Intervengan Empresas Concesionarias de Bienes del Dominio Directo de la Nación DOF 31-12-1968	Sin reforma
LEY del Impuesto Sobre Tenencia o Uso de Vehículos DOF 30-12-1980	DOF 01-12-2004
LEY del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas	DOF 08-05-

DOF 09-07-2003	2006
LEY del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado DOF 27-12-1983 (NOTA: NUEVA LEY DEL ISSSTE DE ABRIL DEL 2007)	DOF 02-01- 2006
LEY del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores DOF 24-04-1972	DOF 01-06- 2005
LEY del Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores DOF 24-04-2006	Sin reforma
LEY del Instituto Mexicano de la Juventud DOF 06-01-1999	DOF 22-06- 2006
LEY del Instituto Nacional de las Mujeres DOF 12-01-2001	Sin reforma
LEY del Mercado de Valores DOF 30-12-2005	Sin reforma
LEY del Registro Público Vehicular DOF 01-09-2004	Sin reforma
LEY del Seguro Social DOF 21-12-1995	DOF 11-08- 2006
LEY del Servicio de Administración Tributaria DOF 15-12-1995	DOF 12-06- 2003
LEY del Servicio de Inspección Fiscal DOF 13-04-1936	DOF 31-12- 1946
LEY del Servicio de Tesorería de la Federación DOF 31-12-1985	DOF 31-12- 2000
LEY del Servicio Exterior Mexicano	DOF

DOF 04-01-1994	25-01-2002
LEY del Servicio Militar DOF 11-09-1940	DOF 23-01-1998
LEY del Servicio Postal Mexicano DOF 24-12-1986	Sin reforma
LEY del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal DOF 10-04-2003	DOF 09-01-2006
LEY del Servicio Público de Energía Eléctrica DOF 22-12-1975	DOF 22-12-1993
LEY del Sistema de Horario en los Estados Unidos Mexicanos DOF 29-12-2001	Sin reforma
LEY en Favor de los Veteranos de la Revolución como Servidores del Estado DOF 07-01-1950	DOF 19-01-1967
LEY Federal Contra la Delincuencia Organizada DOF 07-11-1996	DOF 21-12-2004
LEY Federal de Armas de Fuego y Explosivos DOF 11-01-1972	DOF 23-01-2004
LEY Federal de Cinematografía DOF 29-12-1992	DOF 26-01-2006
LEY Federal de Competencia Económica DOF 24-12-1992	DOF 28-06-2006
LEY Federal de Correduría Pública	DOF 23-05-2006

DOF 29-12-1992	
LEY Federal de Defensoría Pública DOF 28-05-1998	Sin reforma
LEY Federal de Derechos En actualización	DOF 27-12- 2006
DOF 31-12-1981	DOF 21-12- 2005
Cantidades actualizadas DOF 03-05-2004, 04-03-2005, 03-02-2006, 27-12-2006	DOF 21-12- 2005
LEY Federal de Fomento a las Actividades Realizadas por Organizaciones de la Sociedad Civil DOF 09-02-2004	Sin reforma
LEY Federal de Instituciones de Fianzas DOF 29-12-1950	DOF 18-07- 2006
LEY Federal de Juegos y Sorteos DOF 31-12-1947	Sin reforma
LEY Federal de las Entidades Paraestatales DOF 14-05-1986	DOF 21-08- 2006
LEY Federal de los Derechos del Contribuyente DOF 23-06-2005	Sin reforma
LEY Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional DOF 28-12-1963	DOF 03-05- 2006
LEY Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria En actualización DOF 30-03-2006	DOF 27-12- 2006
LEY Federal de Procedimiento Administrativo DOF 04-08-1994	DOF 30-05- 2000
LEY Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo	DOF

En actualización DOF 01-12-2005	27-12-2006
LEY Federal de Protección al Consumidor DOF 24-12-1992	DOF 19-12-2006
LEY Federal de Radio y Televisión DOF 19-01-1960	DOF 11-04-2006
LEY Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado DOF 31-12-2004	Sin reforma
LEY Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos DOF 13-03-2002	DOF 21-08-2006
LEY Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos DOF 31-12-1982	DOF 13-06-2003
LEY Federal de Sanidad Animal DOF 18-06-1993	DOF 16-06-2004
LEY Federal de Sanidad Vegetal DOF 05-01-1994	Sin reforma
LEY Federal de Seguridad Privada DOF 06-07-2006	Sin reforma
LEY Federal de Telecomunicaciones DOF 07-06-1995	DOF 11-04-2006
LEY Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental Gubernamental DOF 11-06-2002	DOF 06-06-2006
LEY Federal de Turismo DOF 31-12-1992	DOF 06-06-2000

LEY Federal de Variedades Vegetales DOF 25-10-1996	Sin reforma
LEY Federal del Derecho de Autor DOF 24-12-1996	DOF 23-07- 2003
LEY Federal del Impuesto Sobre Automóviles Nuevos Nueva reforma DOF 30-12-1996	DOF 27-12- 2006
LEY Federal del Mar DOF 08-01-1986	Sin reforma
LEY Federal del Trabajo DOF 01-04-1970	DOF 17-01- 2006
LEY Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos DOF 22-07-1997	Sin reforma
LEY Federal para el Fomento de la Microindustria y la Actividad Artesanal DOF 26-01-1998	DOF 22-07- 1991
LEY Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público Público DOF 19-12-2002	DOF 23-02- 2005
LEY Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación DOF 11-06-2003	Sin reforma
LEY Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura DOF 27-12-1991	DOF 10-01- 1994
LEY Federal Sobre Metrología y Normalización DOF 01-07-1992	DOF 28-07- 2006
LEY Federal Sobre Monumentos y Zonas Arqueológicas, Artísticas e	DOF 13-01- 1986

Históricos DOF 06-05-1972

LEY General de Asentamientos Humanos DOF 21-07-1993	DOF 05-08- 1994
LEY General de Bibliotecas DOF 21-01-1988	Sin reforma
LEY General de Bienes Nacionales DOF 20-05-2004	Sin reforma
LEY General de Cultura Física y Deporte DOF 24-02-2003	DOF 21-07- 2005
LEY General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas DOF 13-03-2003	Sin reforma
LEY General de Desarrollo Forestal Sustentable DOF 25-02-2003	DOF 26-12- 2005
LEY General de Desarrollo Social DOF 20-01-2004	Sin reforma
LEY General de Deuda Pública DOF 31-12-1976	DOF 21-12- 1995
LEY General de Educación DOF 13-07-1993	DOF 22-06- 2006
LEY General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros DOF 31-08-1935	DOF 18-07- 2006
LEY General de las Personas con Discapacidad DOF 10-06-2005	Sin reforma
LEY General de Organizaciones y Actividades Auxiliares del Crédito	DOF 18-07- 2006

DOF 14-01-1985

LEY General de Población
DOF 07-01-1974

LEY General de Protección Civil
DOF 12-05-2000

LEY General de Salud
DOF 07-02-1984

LEY General de Sociedades Cooperativas
DOF 03-08-1994

LEY General de Sociedades Mercantiles
DOF 04-08-1934

LEY General de Títulos y Operaciones de Crédito
DOF 27-08-1932

LEY General de Vida Silvestre
DOF 03-07-2000

LEY General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente
DOF 28-01-1988

LEY General del Sistema de Medios de Impugnación en Materia Electoral
DOF 22-11-1996

LEY General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
DOF 02-08-2006

LEY General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos
DOF 08-10-2003

DOF
04-01-
1999

DOF
24-04-
2006

DOF
19-09-
2006

DOF
04-06-
2001

DOF
28-07-
2006

DOF
18-07-
2006

DOF
26-06-
2006

DOF
23-05-
2006

Sin
reforma

Sin
reforma

DOF
22-05-
2006

LEY General que Establece las Bases de Coordinación del Sistema Nacional de Seguridad Pública DOF 11-12-1995	DOF 23-08- 2004
LEY Minera DOF 26-06-1992	DOF 26-06- 2006
LEY Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos DOF 27-07-1931	DOF 11-05- 2004
LEY Orgánica de la Administración Pública Federal DOF 29-12-1976	DOF 02-06- 2006
LEY Orgánica de la Armada de México DOF 30-12-2002	Sin reforma
LEY Orgánica de la Financiera Rural DOF 26-12-2002	DOF 01-08- 2005
LEY Orgánica de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública DOF 14-01-1985	Sin reforma
LEY Orgánica de la Procuraduría de la Defensa del Contribuyente DOF 04-09-2006	Sin reforma
LEY Orgánica de la Procuraduría General de la República DOF 27-12-2002	Sin reforma
LEY Orgánica de la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro DOF 26-04-2006	Sin reforma
LEY Orgánica de la Universidad Autónoma Metropolitana DOF 17-12-1973	Sin reforma
LEY Orgánica de la Universidad Nacional Autónoma de México DOF 06-01-1945	Sin reforma
LEY Orgánica de los Tribunales Agrarios	DOF 23-01-

DOF 26-02-1992	1998
LEY Orgánica de los Tribunales Militares DOF 22-06-1929	DOF 24-02- 1931
LEY Orgánica de Nacional Financiera DOF 26-12-1986	DOF 01-08- 2005
LEY Orgánica de Petróleos Mexicanos y Organismos Subsidiarios DOF 16-07-1992	DOF 12-01- 2006
LEY Orgánica de Sociedad Hipotecaria Federal DOF 11-10-2001	DOF 22-06- 2006
LEY Orgánica del Banco del Ahorro Nacional y Servicios Financieros DOF 01-06-2001	DOF 01-08- 2005
LEY Orgánica del Banco Nacional de Comercio Exterior DOF 20-01-1986	DOF 01-08- 2005
LEY Orgánica del Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos DOF 20-01-1986	DOF 01-08- 2005
LEY Orgánica del Banco Nacional del Ejército, Fuerza Aérea y Armada DOF 13-01-1986	DOF 24-06- 2002 f.e. 08- 07- 2002
LEY Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos DOF 03-09-1999	DOF 05-12- 2006
LEY Orgánica del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología DOF 05-06-2002	DOF 24-04- 2006

LEY Orgánica del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos DOF 26-12-1986	DOF 23-01- 1998
LEY Orgánica del Instituto Nacional de Antropología e Historia DOF 03-02-1939	DOF 23-01- 1998
LEY Orgánica del Instituto Politécnico Nacional DOF 29-12-1981	Sin reforma
LEY Orgánica del Poder Judicial de la Federación DOF 26-05-1995	DOF 14-02- 2006
LEY Orgánica del Seminario de Cultura Mexicana DOF 31-12-1949	Sin reforma
LEY Orgánica del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa DOF 15-12-1995	DOF 26-01- 2006
LEY para Conservar la Neutralidad del País DOF 10-11-1939	Sin reforma
LEY para el Desarrollo de la Competitividad de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa DOF 30-12-2002	DOF 06-06- 2006
LEY para el Dialogo, la Conciliación y la Paz Digna en Chiapas DOF 11-03-1995	Sin reforma
LEY para el Tratamiento de Menores Infractores, para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia Federal DOF 24-12-1991	DOF 25-06- 2003
LEY para la Comprobación, Ajuste y Cómputo de Servicios de la Armada de México DOF 14-06-2004	Sin reforma
LEY para la Comprobación, Ajuste y Cómputo de Servicios en el Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos DOF 09-02-2006	Sin reforma
LEY para la Coordinación de la Educación Superior	Sin

DOF 29-12-1978	reforma
LEY para la Depuración y Liquidación de Cuentas de la Hacienda Pública Federal DOF 28-12-1950	Sin reforma
LEY para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes DOF 29-05-2000	Sin reforma
LEY para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros DOF 26-01-2004	Sin reforma
LEY para Regular las Agrupaciones Financieras DOF 18-07-1990	DOF 18-07-2006
LEY para Regular las Sociedades de Información Crediticia DOF 15-01-2002	DOF 23-01-2004
LEY que Aprueba la Adhesión de México al Convenio Constitutivo del Banco de Desarrollo del Caribe y su Ejecución DOF 05-01-1982	DOF 24-12-1991
LEY que Crea el Comité Administrador del Programa Federal de Construcción de Escuelas DOF 10-04-1944	DOF 21-01-1985
LEY que Crea el Fideicomiso que Administrará el Fondo de Apoyo Social para Ex Trabajadores Migratorios Mexicanos DOF 25-05-2005	Sin reforma
LEY que Crea el Fideicomiso que Administrará el Fondo para el Fortalecimiento de Sociedades y Cooperativas de Ahorro y Préstamo y de Apoyo a sus Ahorradores Fortalecimiento de Sociedades y Cooperativas de Ahorro y Préstamo y de Apoyo a sus Ahorradores DOF 29-12-2000	DOF 27-05-2005
LEY que Crea el Fondo de Fomento a la Industria y de Garantías de Valores Mobiliarios DOF 24-03-1942	Sin reforma
LEY que Crea el Fondo de Garantía y Fomento a la Agricultura, Ganadería y Avicultura DOF 31-12-1954	DOF 12-05-2005
LEY que Crea el Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura	DOF 11-12-

DOF 31-12-1946	1950
LEY que Crea la Agencia de Noticias del Estado Mexicano DOF 02-06-2006	Sin reforma
LEY que Crea la Universidad Autónoma Chapingo DOF 30-12-1974	DOF 30-12- 1977
LEY que Crea la Universidad del Ejército y Fuerza Aérea DOF 29-12-1975	Sin reforma
LEY que Declara Reservas Mineras Nacionales los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se Obtengan Isótopos Hendibles que puedan Producir Energía Nuclear Torio y las demás Substancias de las cuales se Obtengan Isótopos Hendibles que puedan Producir Energía Nuclear DOF 26-01-1950	DOF 12-01- 1972
LEY que Determina que Respecto de los Impuestos de Importación y Exportación sólo son Procedentes las Exenciones Consignadas en la Ley Aduanal DOF 10-01-1952	Sin reforma
LEY que Establece Bases para la Ejecución en México, por el Poder Ejecutivo Federal, del Convenio Constitutivo de la Asociación Internacional de Fomento Ejecutivo Federal, del Convenio Constitutivo de la Asociación Internacional de Fomento DOF 31-12-1960	DOF 07-05- 1997
LEY que Establece Bases para la Ejecución en México, por el Poder Ejecutivo Federal, del Convenio Constitutivo del Banco Interamericano de Desarrollo DOF 19-12-1959	DOF 10-05- 1996
LEY que Establece las Normas Mínimas Sobre Readaptación Social de Sentenciados DOF 19-05-1971	DOF 02-09- 2004
LEY Reglamentaria de la Fracción V del Artículo 76 de la Constitución General de la República DOF 29-12-1978	Sin reforma
LEY Reglamentaria de la Fracción XIII Bis del Apartado B, del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos DOF 30-12-1983	Sin reforma
LEY Reglamentaria de la Fracción XVIII del Artículo 73 Constitucional, en lo que se Refiere a la Facultad del Congreso para Dictar Reglas para Determinar el Valor Relativo de la Moneda Extranjera DOF 27-12-1982	Sin reforma
LEY Reglamentaria de las Fracciones I y II del Artículo 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	DOF 22-11-

DOF 11-05-1995	1996
LEY Reglamentaria del Artículo 27 Constitucional en el Ramo del Petróleo DOF 29-11-1958	DOF 26-06- 2006
LEY Reglamentaria del Artículo 27 Constitucional en Materia Nuclear DOF 04-02-1985	DOF 23-01- 1998
LEY Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, Relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal DOF 26-05-1945	DOF 22-12- 1993
LEY Reglamentaria del Servicio Ferroviario DOF 12-05-1995	Sin reforma
LEY Sobre Delitos de Imprenta DOF 12-04-1917	Sin reforma
LEY Sobre el Contrato de Seguro DOF 31-08-1935	DOF 24-04- 2006
LEY Sobre el Escudo, la Bandera y el Himno Nacionales DOF 08-02-1984	DOF 02-06- 2006
LEY Sobre Elaboración y Venta de Café Tostado DOF 25-05-1972	DOF 10-12- 2004
LEY Sobre la Aprobación de Tratados Internacionales en Materia Económica DOF 02-09-2004	Sin reforma
LEY Sobre la Celebración de Tratados DOF 02-01-1992	Sin reforma
LEY Sobre Producción, Certificación y Comercio de Semillas DOF 15-07-1991	DOF 25-10- 1996
ORDENANZA General de la Armada	Sin

DOF 01 al 08-01-1912	reforma
PRESUPUESTO de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2007 Nuevo Presupuesto DOF 28-12-2006	Sin reforma
REGLAMENTO para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos DOF 20-03-1934	DOF 27-11-1981

Notas

1. **Se señalan con fondo más oscuro aquellas leyes relacionadas con la materia.**
2. **Se enlistan todas las leyes federales actuales con sus fechas de última reforma.**
3. **Se sugiere consultar la página de la Honorable Cámara de Diputados del Congreso De la Unión, en caso de dudas al respecto.**
[www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index,htm](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm)

F) Perspectiva de la Ley General de Salud.

En este punto solo referiremos que las reformas de las que tanto hemos hablado en el transcurso de este trabajo, y dado su origen en cuanto a la exposición, el texto de las reformas en la ley misma, y toda vez que están absolutamente supeditadas a la ley General de Salud, en todo su contexto, no podremos decir que es un sistema de salud independiente como los otros sistemas actuales denominados seguros públicos.

Nuestra apreciación es que este sistema “tercer sistema de Seguro Público” correrá la suerte, por cuanto hace a la aplicación del servicio de salud, la misma que hasta el día de hoy se sufre en las instituciones de gobierno consideradas como las que dependen de la Secretaría de Salud. (SS) antes Secretaria de Salubridad y Asistencia (SSA)

Esto, por el solo hecho imposible de contar con un presupuesto federal para tal concepto; pues, como se ha estudiado en puntos anteriores; El Estado/Gobierno ha determinado que la solución para poder otorgar el sistema de salud a toda la población nacional se dará una vez que se resuelva el quebranto económico que sobre el rubro de la salud existe en nuestro país.

Por supuesto, una de las forma de solucionar el quebranto económico que impera sobre este servicio, debe ser y ha sido (históricamente hablando) con cargo al bolsillo del gobernado.

Cerrazón imperante, sobre todo al determinar en iniciativas, leyes y debates en la materia, que el costo mas alto para el gobernado es el pago de estos servicios con cargo a su bolsillo.

Por ello, hacemos con el siguiente comentario:

Las reformas a la Ley General de Salud son un camino para otro tipo de servicio público y no una base para un “Nuevo Sistema De Salud”, como pomposamente lo han expuesto los legisladores y lo han hecho creer a la población necesitada de tal servicio.

No hay deseo externado, por parte del Estado en el sentido de que este nuevo sistema de protección sea el camino a la solución del problema, pues de principio ni siquiera ha existido interés en legislar al respecto para darle una mayor fuerza como sistema integral y evidentemente sustentable por el erario federal.

Lo anterior, sin considerar los deseos y necesidades, costumbres y cultura de las poblaciones étnicas de nuestro país.

Para cerrar sobre el punto sugerimos:

- Primeramente, un estudio que contemple los orígenes históricos de nuestro país sobre la impartición del servicio de salud.
- En segundo lugar, un análisis a los diversos métodos de financiamiento, evitando así la idea de que el Estado no ha pensado en otorgar el servicio de salud de forma gratuita, aun y que el mismo ya llevo al rango constitucional.
- Un tercer punto lo es que evitemos repetir patrones de adquisición de fondos de la época de la colonia, lo cual nos lleva a ampliar mas la brecha económica entre los diversos sectores de la sociedad.
- El cuarto punto se da en los aspectos jurídicos que fueron contemplados al realizar el análisis sobre el que vertimos esta critica, y ello, al darnos cuenta que El Estado ha tenido desde hace mas de 40 años, información que bien le hubiera servido de guía al implementar las diferentes estrategias o programas de salud.
- Como ultimo punto, y para mayor información, anexamos enseguida una síntesis de los diferentes métodos de salud en América Latina, queriendo con ello demostrar aun más que El Estado no ha querido encontrar el origen del problema de salud en México.

Una vez hecho esto en el presente capitulo, abordaremos los modelos de salud en América Latina y las propuestas con las cuales damos por terminado el presente trabajo de estudio.

Según el estudio realizado por Milton I. Roemer, plasmado en su libro “Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud”, es importante considerar otros aspectos como los diferentes modelos de salud que hay en América Latina; por ello tocaremos este punto.

Modelos de Salud en América Latina

Comenzaremos indicando que los Servicios de Salud en América Latina son el reflejo de la coexistencia de varios subsistemas de servicios de salud, los cuales por lo regular están orientados hacia una diferente clase social, lo que con lleva a operar unos junto a otros ocasionando graves problemas de incoordinación, así encontramos en todos estos países una combinación de medicina indígena, caridad, seguro social, atención médica oficial, servicios médicos industriales y servicios privados.

1. Medicina Indígena

Por lo que respecta a la Medicina Indígena, el papel del curandero en los poblados y aldeas aisladas de las grandes ciudades constituye un papel importante en Latinoamérica. Ello carece de recursos modernos y eficaces para satisfacer las necesidades colectivas, además de tomar en cuenta el arraigo cultural y psicológico en toda esta gente pobladora de las zonas rurales, una vez que los avances científicos de medicina preventiva han llegado a estos lugares, nos enfrentamos a un segundo problema, el rechazo de la gente a la “nueva medicina”, sin embargo la experiencia de América Latina en este sentido, y según los estudiosos de la materia, es impresionante, ya que las personas han aceptado rápidamente los servicios de salud modernos cuando se les ha demostrado su eficacia.

Sin embargo, los Gobiernos Latinoamericanos al implementar Programas Modernos de Servicios de Salud, han pasado por alto la existencia de los curanderos indígenas, en vez de integrarlos a dichos programas ofreciéndoles conocimientos y capacitación suelen ignorarlos, la excepción a estos “médicos y curanderos indígenas” y a los cuales los gobiernos latinoamericanos si han proporcionado alguna instrucción es a la figura de la “Comadrona” presente en todas las poblaciones rurales americanas. En la actualidad el “sistema” de atención médica proporcionado por los curanderos es muy deficiente.

2. Sistema Caritativo

El sistema Caritativo a su vez se caracteriza por ser deficiente e insuficiente en todos los países anotados, sus principales fallas radican en que a pesar de que en su mayoría los hospitales de beneficencia tienen secciones de pacientes ambulatorios, el principal enfoque de estos, es el de los ciudadanos en cama a pacientes gravemente enfermos, no prestando servicios preventivos a las secciones para pacientes externos por carecer de espacio y material adecuado para la atención sanitaria.

En general las instalaciones de beneficencia suelen encontrarse ubicadas en edificios antiguos y los adaptados, en los cuales los laboratorios y la sala de rayos x suelen estar mal equipados, aunando que el personal es escaso tanto en enfermería como en las distintas áreas técnicas y terapéuticas.

Naturalmente, que los hospitales ubicados en las grandes ciudades no se encuentran en tan grave estado, como los anteriores ya que algunos de ellos se encuentran relacionados con escuelas de medicina, prestando nivel técnico medio, aunque no ofrezcan comodidad a los pacientes, además muchos hospitales de caridad tienen servicio para pacientes privados, los cuales mediante una paga extra pueden obtener mejor habitación y una dieta más completa.

Como sabemos, históricamente los antecedentes de los hospitales de caridad son las antiguas “Santas Casas” o beneficencias que datan de los tiempos de la Colonia pretendiendo de la iniciativa de la Iglesia, y continuando la labor más tarde la nobleza o familias acomodadas, destinando sus fondos a la construcción de hospitales de caridad para ayudar a los pobres e indigentes.

Actualmente, estos hospitales continúan siendo financiados por legados de personas adineradas o por instituciones como las Loterías, pero conforme los costos de la atención médica subieron y la demanda de personal con formación técnica se acrecentó, ha sido necesario que el gobierno aporte cantidades específicas de dinero a lo que actualmente llamamos subsidios.

Junto a los subsidios, los gobiernos Latinoamericanos nos han impuesto una serie de normas como el exigir que más de la mitad de los pacientes de estos centros de salud sean indigente; tal vez el error de los ministerios de salubridad que subsidian al sistema hospitalario caritativo verse en no reglamentar también que la Dirección y la administración de éstos recaiga en un personal capacitado y con amplia experiencia en esta manera, sino que por contrario la autoridad directa es ejercida por la Junta de Ciudadanos prominentes con nulo conocimiento de los requerimientos de la atención médica contemporánea, o recae sobre un Doctor que además de atender las necesidades del hospital, tiene que dividir su tiempo entre éstas y su consultorio privado.

En tales condiciones resulta lógico que la atención médica sea deficiente, el tiempo dedicado al diagnóstico y tratamiento de indigentes sea limitado y por regla general la hospitalización del paciente es prolongada con un alto índice de mortalidad.

Cabe destacar que la intervención del Estado en el financiamiento de los hospitales en varios países ha sido más allá, y es el ejemplo México, nuestro país, que incautó en el Siglo XIX, todos los hospitales de caridad que poseía la Iglesia.

En Costa Rica también se realizó una transferencia de propiedad hace aproximadamente 10 años, aunque las juntas locales de beneficencia intervinieron directamente en las gestiones de las

instituciones. “En Chile por ejemplo, todo el sistema hospitalario de caridad pasó al Gobierno Central; con la creación del sistema Nacional de Salubridad en 1952”. (24)

Podemos concluir que el sistema caritativo en América está en período de transición, desempeñando un papel importante la ayuda e intervención del Estado, ya que la profesión médica descontenta con este sistema, ah acogido con gusto el paso a la intervención directa del Gobierno.

Es nota característica en todas las Naciones Latinas, la coexistencia de ciertos servicios médicos selectivos, que están enfocados a prestar la atención médica a un grupo determinado de individuos, destacando las fuerzas militares, los empleados ferroviarios, los empleados de industrias nacionalizadas como instituciones de Salud, cuentan con personal médico y de enfermería numeroso y adiestrados especialmente para proporcionar un servicio altamente calificado, a los titulares y a las familias de los mismos.

No podemos dejar de mencionar a los llamados trabajadores de “cuello blanco “o mejor conocidos como empleados del Gobierno Nacional (burócratas) que también están protegidos por programas especiales de seguridad social, en nuestro país lo constituye el Instituto de Seguridad social, Servicios Sociales para trabajadores del Estado, estos servicios son típicamente independientes de otros programas organizados recibiendo el nombre de “Seguro Social”.

3. Seguridad Social

Continuando con el sistema del Seguro Social mencionaremos que el concepto de Seguridad Social fue tomado de Europa y ha sido aplicado gradualmente a la población industrial e incluso a los sectores de la población agrícola en los países latinoamericanos.

“Los programas de seguridad social han creado un mecanismos para recaudar dinero del proceso de producción económica en forma más o menos automática. Los obreros tienen marcadas cuotas, o sea deducciones de cierto porcentaje de sus salarios, y a los patronos se les cobra mediante deducciones basadas en las nóminas de pago, en tercer lugar se toma del erario”. (25)

El dinero procedente de los Ingresos Generales del Estado, naturalmente se obtienen a través del sistema de impuestos directo o indirecto, por lo que el financiamiento de este sistema también recae en toda la población.

Conviene tener presente que este sistema protege sólo un 10% o 20% de la población total de los países latinoamericanos, tomando en cuenta la fuente de fondos que obtienen es notable la desigualdad creada en relación a la población no derechohabiente. La población atendida se concentra por la protección de los trabajadores agrícolas, tanto asalariados como pequeños propietarios o arrendatarios.

En diversos informes de Organización de Estados Americanos han sido publicados detalles del Sistema del Seguro Social como lo son: Fuentes financieras, beneficios, y las formas administrativas de este sistema en los países hermanos latinos, y de estos informes se ha resumido que 20 países latinoamericanos entre ellos México, Chile, Brasil, Perú y Costa Rica prevén disposiciones relativas a los ciudadanos médicos y beneficios de maternidad.

La atención médica proporcionada a los beneficiarios se clasifica en 2 modalidades que son utilizadas en Latinoamérica y que son:

- 1) El primer sistema adoptado en Chile después de 1924, fue el de utilizar “el dinero de la seguridad social para adquirir servicios médicos, hospitalarios y afines en instalaciones y personal ya existentes”. (26)

24. Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud, MILTON I. ROEMER, siglo XXI, México 1976. Página 115.

25. Idem. Pág. 111

26. Idem. Pág. 112

- 2) La segunda modalidad esta constituida por que la organización del seguro “crea sus propias instalaciones y contrata a su personal, pagando con sueldos, para que proporcione servicios a los beneficiarios; operando hospitales independientes y centros de atención ambulatoria operados directamente por organismos de seguridad social”. (27)

Como mencionábamos en párrafos anteriores al hablar de la cobertura del Seguro Social, los recursos del personal e instalaciones médicas de éste, son más abundantes que los de la población no asegurada, coexistiendo con los hospitales propios, una serie de redes de consultorios o “puestos médicos” prescribiendo medicamentos y dando atención dental. Con mucha frecuencia en los países americanos hay disposiciones especiales sobre enfermedades crónicas, (tuberculosis), trastornos mentales, la organización de servicios preventivos, inmunizaciones, educación para la salud, exámenes de salud para madre e hijos y pruebas de detección de enfermedades en adultos. (28)

Lo que es esencial de la seguridad social en América Latina es su “Autonomía” relativa, explicándose ésta en fundamentos políticos; y creando esta independencia con los Ministerios de Salud una falta grave de Coordinación con los programas oficiales, llegando incluso a coexistir varias organizaciones de Seguro Social operando unos juntos a otros pero para diferentes grupos ocupacionales.

Por otro lado, “una de las influencias más positivas de los programas de atención médica del Seguro Social ha sido su marcado interés en los servicios propiamente ambulatorios y no en los puramente hospitalarios. En muchos países Latinoamericanos se han hecho impresionantes Policlínicas y puestos médicos periféricos aún cuando se presta atención hospitalaria en las instituciones públicas existentes”. (29)

Aspecto específico es el Seguro de Atención Médica y las compensaciones en efectivo por las lesiones producidas en la Industria, que se practica en 2 modos:

- A) .- “En algunos países, esta forma parte del Sistema de Seguridad Social para la atención médica en general”.(30)
- B) .- En otros, esta legislación de compensación es independiente y la atención médica puede ser proporcionada aparte.

Para finalizar, mencionaremos las medidas de coordinación que el Seguro Social ha tomado en relación al sistema de Salud en Chile, Costa Rica y Brasil.

En Chile se logró la mayor Coordinación en Latinoamérica al pasar el “programa de atención médica del Seguro Social para obreros manuales, a manos del Ministerio de Salud”. (31)

En Costa Rica existe un intercambio entre los Ministerios de Salud y el Instituto del Seguro Social en cuanto a atención hospitalaria, ello con el fin de evitar la duplicidad de instalaciones en las ciudades pequeñas.

Y por último en Brasil existen siete grandes Institutos Autónomos para la seguridad de distintas categorías de empleados públicos y privados, creándose un Consejo de Coordinación que ha logrado unificar los servicios.

27. Idem.

28. Idem. Pág. 113

29. Idem. Pág. 114

30. Idem.

31. Idem. Pág. 120

En resumen, los ciudadanos médicos producidos en América Latina por el Seguro Social, por una parte han intercambiado una gran cantidad de recursos económicos al área de la Salud, (gracias a las cuotas tripartidas que lo financian), en cuanto a las instalaciones hospitalarias, policlínicas y personal médico en los últimos 20 años han sido reforzados, sin embargo este sistema ha atraído a un personal facultativo que por lo general goza de mejores sueldos y condiciones profesionales originando que la Atención Médica impartida por los Ministerios de Salud se torne más difícil de proporcionar.

4. Los Servicios Privados y los Servicios Médicos Industriales

En toda América Latina, una buena parte de las necesidades médicas son satisfechas aún a través de medios privados de la medicina: situación que se explica al reflexionar acerca de la carencia o insuficiencia de los Programas Organizados del Estado y de las constantes demandas de una clase media en continuo crecimiento.

“El porcentaje de la Medicina Privada Latina es mínimo en cada país y que representa “menos de 10%” (32), de Médicos que la ejercen, concentrándose los mismos en las grandes ciudades y por lo general siendo facultativos especializados. “Un 25 % (33) de médicos ejercen en algún Programa Oficial y “el 65% (34) restante combina su tiempo entre un organismo Público y la práctica privada por unas seis o siete horas diarias.

El servicio Privado puede entonces adoptar varias formas, destacando las siguientes:

- 1) Existe atención médica en camas privadas o pensionados en hospitales del gobierno y de caridad.
- 2) Coexisten pequeños hospitales llamados Clínicas privadas, las cuales en su mayoría son poseídas por doctores afamados cuyo fin principal es el lucro; y abundando en dichos lugares personal de enfermería altamente calificado para el confort de los pacientes; el centro de atención de estos hospitales son los casos de maternidad y cirugía urgente, por lo que la estancia de los pacientes es breve.
- 3) El tercer tipo lo constituyen los hospitales propiedad de una Asociación de Nacionalidad, (como es el caso de México), de españoles, ingleses, alemanes, etc., Proporcionando beneficios a sus miembros. La membresía de estos lugares corresponde a pagos anuales y donativos, además pagos adicionales en caso de hospitalización. Los pacientes no miembros de estos hospitales podrán gozar de los servicios siempre y cuando cubran el importe total de los mismos.
- 4) “Probablemente el servicio más utilizado en la América Latina se “la compra de medicamentos” (35) ya que éstos pueden ser adquiridos directamente en cualquier farmacia sin necesidad, en muchos casos, de receta médica y el mecanismo de estos “servicios médicos” consiste en que las personal faltas de preparación o indigentes piden consejo al dependiente o dueño del establecimiento y el mismo los receta, sin ser en la mayoría de los casos farmacéutico titulado, “los estudios de los desembolsos privados de las poblaciones latinoamericanas para servicios de salud indican, que el gasto en medicamentos, sobre todo auto recetados, es el renglón mayor” (36). Los medicamentos prescritos por un doctor, son también surtidos en beneficio de la seguridad social y otros programas oficiales, pero estas compras privadas de medicamentos son sin duda un despilfarro y por lo regular perjudiciales.

32. Idem.

33. Idem.

35. Idem.

36. Idem.

En términos generales “las asociaciones de médicos de América Latina parecen deseosas de conservar cuando menos un sector parcial de práctica privada, pero no se oponen a los Sistemas Públicos de Servicio a Sueldo, con tal de que la escala de remuneración y las condiciones de trabajo profesional sean adecuadas”. (37)

Los servicios Médicos Industriales en la América Latina han contribuido en gran medida en la satisfacción de las necesidades sanitarias de los trabajadores asalariados, sobre todo las regiones rurales aisladas, donde se carece por completo de medios médicos, ejemplos son las Compañías Petroleras, mineras, de Construcción, de Energía Eléctrica y de procesamiento agrícola.

Es lógico que de todas esta Compañías estén interesadas en la salud de sus trabajadores ya que de ello depende en gran medida el éxito de sus fines, encontrando que muchas de estas empresas están en manos de extranjeros.

El mecanismo de atención médica opera de la siguiente forma:

- 1) Por lo general, los sueldos pagados a doctores y enfermeras son altos, con lo que atraen a muchos facultativos capacitados a lugares aislados.
- 2) En pequeñas comunidades, las clínicas y hospitales suelen encontrarse bien equipadas, siendo la proporción entre el número de camas y el personal de medicina y enfermería elevada en comparación con los hospitales.
- 3) En la mayoría de los establecimientos Industriales, debido a la frecuencia de los accidentes de trabajo, se encuentran pequeños servicios de primeros auxilios para ocasiones de emergencia.

En muchos países latinos, por disposiciones legales, se ha contemplado la obligación a cargo de las empresas que cuenten con un determinado número de empleados, en la prestación de este tipo de servicios

“Con el desarrollo de los programas de Seguridad Social, que protegen por Ley a esos mismos trabajadores, se ha celebrado convenios para reembolsar a las compañías de esos gastos médicos; pero estos reembolsos tal vez no equivalgan a todos los desembolsos de las compañías por ese concepto”. (38)

Para finalizar, la atención médica para lesiones producidas en la industria se proporcionan mediante arreglos administrativos separados, ya que la legislación sobre estas compensaciones suele ser anterior a la existencia de los Seguros Sociales, con estos sistemas el trabajador es atendido en consultorios y hospitales privados, efectuándose el pago de los honorarios.

En Chile, a pesar de su nivel de integración en materia de salud, los casos de lesiones quedan fuera del servicio sanitario nacional, siendo necesario la utilización de hospitales especiales, o de organismos de seguridad oficial independiente o bien el pago de la medicina privada.

5. Atención Médica Oficial

La atención Médica Oficial, está a cargo de los Ministerios de Salud de los países latinos, el cual ha dado grandes pasos en beneficio de las poblaciones rurales, aunque aún falta mucho por realizar. Las actividades mejor conocidas por los ministerios de salubridad son las “Campañas contra grandes enfermedades epidémicas”.

37. Idem. Pág. 118

38. Idem.

En este sistema el Estado opera a dos niveles, en la ciudad y en el campo, en donde se encuentran ubicados hospitales para atender a los pobres, como es el caso de Argentina, Puerto Rico y México. En las provincias o estados las autoridades locales, tienen hospitales para atender indigentes, sobre todo en los países Federados como México y Brasil. Desafortunadamente todos estos establecimientos se encuentran en condiciones de calidad desigual; según la región y la riqueza de la misma, predominando el hacinamiento e inadecuación.

Uno de los papeles más importantes de los Ministerios de Salubridad lo constituyen la Operación Directa de Redes de Instalaciones para servicio Ambulatorio y atención Hospitalaria a enfermos "El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública desempeña un papel muy importante en la creación de estas instalaciones a partir de 1942. En toda América Latina se han fundado centros de salud, puestos médicos, puestos sanitarios, y otros tipos de unidad, sobre todo en las poblaciones pequeñas y los distritos rurales para atención ambulatoria". (39)

Tratándose de las Zonas Rurales, se prestan servicios preventivos y curativos, y en las ciudades más grandes, se inclina la atención al lado preventivo.

En los pequeños centros de salud rural se disponen de un número pequeño de camas para os casos de maternidad y emergencias.

En años recientes en países como México y Brasil, sus respectivos Ministerios de Salud se han encargado de construir hospitales equipados en poblaciones comerciales rurales, las cuales suelen estar bien equipadas, contando con un personal técnico en todas las especialidades médicas y quirúrgicas.

La tendencia al establecimiento de Autoridades de Salud Regionales, prospera en varias Naciones, entre las cuales México destaca, operando a través de un funcionario regional de salubridad encargado de todas las actividades del Ministerio, tanto atención médica, servicio preventivo personal y campañas de saneamiento de medio.

Además de los servicios anotados en párrafos anteriores, en toda Latinoamérica los gobiernos estatales se han encargado de instalar Clínicas y hospitales especiales para atender los trastornos mentales, la tuberculosis, lepra y otras enfermedades crónicas y como casi todo el mundo a estas Instituciones se les asigna fondos limitados.

Debemos indicar que la población que recibe en su gran mayoría los servicios de atención médica, son las clases menesterosas, los invidentes y la población rural, aunque sabemos que en México, aún no han sido cubiertas en su mayoría las demandas sanitarias de estos sectores, y si contamos a la población ubicada en la Ciudad en los llamados "Cinturones de Miseria" nos percatamos que estos no se encuentran protegidos incluso por medio del sistema de beneficencia.

Lo que debemos recordar es que casi todos los sistemas de atención oficial su origen descansa sobre los antiguos métodos caritativos; iniciando paulatinamente su transformación hacia la atención médica oficial, llevando a cabo dicho cambio a través de sistemas predominantes en América Latina:

- 1) Los subsidios.
- 2) Los subsidios con normas técnicas.
- 3) La transferencia legal de controles conservando las Juntas Locales.
- 4) La total adquisición y operación por el gobierno". (40)

39. Idem. Pág. 117

40. Idem. Pág. 121

Dentro de la organización oficial médica, existe otra clase de servicios médicos, que no derivan directamente de la caridad y los cuales se caracterizan por su permanente atención las 24 horas del día, nos referimos en este caso a la atención de los primeros auxilios y urgencias; ambas unidades de socorro que tienden a estar separadas de las demás entidades administrativas, en México por ejemplo nos encontramos a la Cruz Roja (organismos mundial) que no depende del gobierno, pero si en un alto porcentaje de los donativos de éste.

Por otra parte, el ángulo negativo de la atención médica oficial, podemos resumirlo en los siguientes puntos:

- 1) Los sueldos del personal médico, son en su mayoría, insuficientes para proporcionar un sistema de vida satisfactorio.
- 2) Como consecuencia de lo anterior, casi todos los médicos del gobierno dividen su tiempo, entre la práctica oficial y la medicina privada; no siendo difícil concebir la idea que esta forma de ejercicio profesional sea defectuosa en ambos sectores.
- 3) Otra dificultad que encontramos es la escasez de fondos para viáticos tratándose de los servicios que los ministerios de salubridad deben de proporcionar en las regiones periféricas de las grandes ciudades. Así mismo, entre los centros de dirección regionales y los puestos rurales hay también deficiencias elementales de transporte.

Como conclusión a este apartado de la Atención Médica Oficial, señalaremos que todo el campo de la Administración Pública en la América Latina requiere de un perfeccionamiento que permita la debida ejecución de las tareas de planeación nacional y la eficiente ejecución de lo programado, y los servicios de salud no constituyen una excepción.

6. Los Recursos Humanos

La importancia de tratar ahora lo relativo a los Recursos Humanos en el campo de salud, su funcionamiento, estructuración, localización y capacitación, radica en que la mayoría de los sistemas de organización de los servicios médicos en América Latina dependen de la movilización de recursos humanos y económicos, "los programas organizados de atención médica en cualquier pías pueden definirse en función de la parte que se adjudican de la existencia total de personal e instalaciones disponibles". (41)

En cuanto al personal médico, el mismo se concentra en un alto porcentaje en las ciudades y no en las áreas rurales, estos se debe a que la ciudad representa la oportunidad de obtener una mayor ganancia, resultando en términos generales más atractiva la vida en las urbes, además de que "los programas socialmente organizados de atención médica están más desarrollados en las ciudades, sobre todo los sistemas de caridad y de seguridad social". (42)

En contraposición a esta tendencia de distribución del personal de salud, los Ministerios de Salubridad de América Latina cada día realizan un esfuerzo, para atraer personal médico, enfermeras y técnicos, a las regiones rurales como en México por ejemplo; existe el sistema de servicio social, conocido por todos nosotros.

La mala distribución, del personal médico es solo parte del problema. "En todo América Latina había en 1960 aproximadamente 55 médicos por cada 100,000 habitantes, en comparación con 132 en Estados Unidos y Canadá, cinco países tenían menos de 30 médicos por 1000,000 habitantes" (43)

41. Idem.

42. Idem. Pág. 122

43. Idem.

En cuanto a la existencia de enfermeras profesionales es patente la escasez de las mismas, si tomamos como referencia a los Estados Unidos y Canadá, “hay unas 290 enfermeras profesionales en actividad por cada 100, 000 habitantes en estos dos países y aproximadamente 20 por 100,000 habitantes en el conjunto latinoamericano.

El número de enfermeras auxiliares es algo mayor, seis países latinos tienen más de 50 por 100,000 habitantes, pero aún así están lejos de las 330 por 100,000 que tienen los países de la anglosajona”. (44)

El personaje que es considerado como auxiliar en atención médica latina es al comadrona, cuyos servicios son muy solicitados en estos países, sin embargo no todas ellas tienen una preparación completa y las que son consideradas como personal calificado se encuentran en la mayoría, ubicadas en las ciudades; por lo que zonas rurales se van desatendidas al respecto, “así en 1960 sólo había unas 5 comadronas por 100,000 habitantes, en comparación con 56 en los países septentrionales”. (45)

Hablamos en líneas anteriores, que los recursos económicos son fundamentales en el desarrollo de cualquier sistema o programa de salud, y curiosamente el programa de seguridad social en las naciones latinas tiende a tener más dinero por capital para gastar e intervenir en comparación con los recursos que los ministerios de salud emplean para proporcionar la atención médica requerida, como consecuencia podríamos presuponer que el personal médico, auxiliar y enfermeras se concentran en los hospitales del seguro social.

Por lo que respecta al porcentaje de camas también tiende a seguir la pauta anterior, “el mayor porcentaje de camas de hospital lo tienen la Argentina con 6.4 por 1,000 habitantes, Costa Rica y Chile tienen 5.1 y 5.0 camas por 1,000, respectivamente y todos los demás países tienen menos de 4 por 1,000. Comprenden estas cifras, camas de todo tipo y la cifra comparable de Estados Unidos es de 9.1 por 100”. (46)

La ocupación de camas en los hospitales latinoamericanos suele ser excesiva en las instituciones de las grandes ciudades y escasa en los distritos rurales, y esto a pesar del hecho de que la relación camas-población casi siempre es más baja en las zonas rurales, la explicación consiste en que la población rural recibe un trato menos cuidadoso de los doctores, y generalmente es por decisión de este último el que un paciente ingrese al hospital, en cuanto al transporte a las poblaciones donde hay doctores disponibles suele ser difícil y el paciente rural solo emprende el viaje cuando su enfermedad se ha agravado.

Para finalizar el estudio relativo a los servicios de salud América Latina, abordaremos el tema de la coordinación de los distintos sistemas y programas de atención de salud que existen en el seno de la administración de los países latinos en general, ya que ello depende que la prestación de los servicios de atención médica, tanto hospitalarios como ambulatorios sean cada día más laborados, con rendimientos superiores en cuanto a calidad de servicios y capacidad de atención a mayor número de personas, sean o no derechohabientes de programas del seguro social, de este modo “la política que sigue muchos gobiernos centrales, de subsidiar hospitales de caridad en lugar de hacer otros nuevos, es en cierto sentido un gesto de unidad y no de separatismo, aunque las normas técnicas a que se sujetan estos subsidios han sido mínimas, representan cuando menos un acercamiento a la instauración de alguna uniformidad en el servicio hospitalario para indigentes”. (47)

A través de los ministerios de salud; se ha adoptado en algunos países, en fundar “consejos Consultivos” integrados por representantes de otros organismos oficiales, así como importantes grupos profesionales, con el fin de planear y programar la construcción de hospitales.

44. Idem.

45. Idem. Pág. 123

46. Idem. Pág. 125

47. Idem.

Dentro de los ministerios de salubridad hay también la tendencia a poner en práctica una administración unificada de los servicios preventivos y curativos, que suelen encontrarse separados por distintas secciones y oficinas, ellos se manifiesta con la fundación de oficinas regionales, a pesar de esto, la autoridad legal de dichas oficinas acata por lo general, los programas directamente realizados por el ministerio, encomendados estos funcionarios regionales a supervisar la salud pública, la atención ambulatoria y los servicios hospitalarios del ministerio en zonas geográficas determinadas.

Respecto a los Institutos de Seguridad Social, estos han desarrollado sus programas de atención médica, con lineamientos tanto independientes como coordinados en su mayoría “estos programas aprovechan en algo las instalaciones existentes ya sean de patrocinio oficial o privado, mediante contratos, además de crear sus propias instalaciones”. (48)

Es común también que los organismos de seguridad social hagan suyas las directivas de los ministerios de salud en cuestiones técnicas, como los son normas de medicamentos o políticas de inmunización; y es frecuente que en las juntas que integran los institutos de seguridad social, se encuentre representado el ministerio de salud.

El caso de México, es especial y que existen en él, más de un programa de seguridad social para diferentes grupos de población, siendo difícil la coordinación entre los mismos.

Cabe mencionar como ejemplo de los logros en la integración de los programas de atención médica, a Chile el cual debe ser objeto de atención de los avances latinoamericanos hacia la coordinación de los servicios sanitarios. “El servicio de sanidad nacional de Chile se formó mediante una amalgama de varios sistemas anteriormente independientes, principalmente:

- 1) Los hospitales de beneficencia.
- 2) El programa de seguridad social y atención médica para obreros.
- 3) El programa de servicios preventivos y curativos del ministerio de sanidad”. (49)

“Los sistemas de atención médica que dan servicios a indigentes de las ciudades, trabajadores asegurados, campesinos bajo una misma dirección”. (50)

Los trabajadores de cuello blanco. Los ferrocarrileros y personas de altos ingresos no aseguradas, aún no cuentan con el servicio de sanidad nacional, sin embargo el dinero que proviene del erario y de la seguridad social, se aplica sin hacer distinciones entre los beneficiarios.

“Los recursos materiales y de personal herederos de los diversos sistemas de salud se han unido en un programa integrado. Los centros de salud de orientación preventiva del ministerio de sanidad han adquirido funciones terapéuticas, las policlínicas orientadas hacia la terapéutica del Instituto del Seguro Social se han mejorado al adoptar funciones preventivas y los antiguos hospitales de beneficencia han llegado a cumplir el papel clave de centro médicos”. (51)

Por lo que respecta al hospital, el mismo juega un papel importante dentro del sistema de Sanidad Chileno, ya que en el mismo se concentran todos los servicios de salud, tanto terapéuticos como preventivos y las unidades de cuidados ambulatorios separados del hospital hacen las veces de satélites del mismo. “varias zonas de servicio hospitalario constituyen una “zona sanitaria” y el director de cada zona es delegado representante de la Dirección General del Servicio Nacional de Sanidad”. (52)

Las funciones encomendadas a los directores de zonas, corresponden a la coordinación de todos los servicios de salud de su territorio, así como la planeación de los sistemas y métodos que aplicados ayuden a mejor satisfacer las necesidades futuras.

48. Idem Pág. 126

49. Idem.

50. Idem.

51. Idem. Pág. 127

52. Idem. Pág. 328

Como es lógico en todo prototipo existen inevitablemente aspectos aún no estudiados o solucionados en forma total, tal es el caso de Chile que aún tiene mucho por hacer en el campo de salud, entre los problemas no solucionados por el Sistema Nacional de Sanidad encontramos los siguientes:

- A) .- Entre un 25% y 40% de la población no goza de la protección de este sistema nacional.
- B) .- La “Ley de Medicina Preventiva” dispone la práctica anual de exámenes de salud para todos los trabajadores, precepto que actualmente no se practica en su totalidad.
- C) .- Por lo que hace a las policlínicas en su mayoría siempre se encuentran sobrecargadas de pacientes por lo que las relaciones entre médicos y enfermos no son del todo eficaces.

Si bien es cierto que estos aspectos prácticos y de organización en el sistema chileno aún no han sido del todo resueltos, se sigue trabajando para que en un plazo mediano largo de 100% de la población pueda gozar de los avances que en materia de coordinación de los diversos programas y sistemas de salud ha logrado llevar a cabo Chile, sin dejar por ello de reconocer el ejemplo dado en materia de integración organización planeación y coordinación de sistemas anteriormente independientes y que hoy en día integran el sistema de sanidad nacional de Chile.

7. Personal Sanitario Paramédico o Auxiliar y los Servicios Ambulatorios

Podremos preguntarnos cual es la importancia de hacer mención en este estudio de la salud en México acerca de los tópicos referidos en el subtítulo de este capítulo, la explicación gira en torno a las funciones que realiza el personal sanitario auxiliar suscrito en un sistema o programa de salud y en su capacitación y disponibilidad hacia las zonas rurales de cada nación, así como la estrecha relación que guardan con los médicos.

En cuanto a los servicios ambulatorios por el momento diremos que es importante establecer sus distintas formas de organización en el mundo. La relación de estos con el centro de salud y mencionar el panorama actual de los mismos.

Iniciaremos entonces, señalando que en los países latinoamericanos incluyendo el nuestro, el personal sanitario auxiliar desempeña un papel básico y relevante en la salud de estos pueblos, ya que es innegable que la población rural existente en estas naciones en su gran mayoría no satisface sus necesidades sanitarias en forma integral recibiendo los programas de atención médica estatales y privados, una importante y considerable participación por parte del personal auxiliar o paramédico.

El término con que se le ha identificado a todos aquellos que colaboran con el personal médico, ya sea en forma directa o independiente no ha sido aún precisado con exactitud, esto es, nos referimos al personal auxiliar, incluso el vocablo “médico” corre la misma suerte, siendo demostrado esto recientemente (1972) por la Organización Mundial de la salud al intentar llegar a una definición de la palabra médico que tuviera aceptación universal.

Aún así, nosotros aceptamos la definición que el doctor Milton I. Roemer, en su libro “PERSPECTIVA MUNDIAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD” propone y que es la siguiente:

El personal auxiliar es definido “como asociado en algún modo a la labor de los médicos, pero sin ser doctores por si mismos”. (53)

Si consideramos que en todos los países existen este tipo de trabajadores de la salud con formación profesional basada en principios científicos podremos distinguir cuatro tipos básicos y que son:

53. Idem. Pág. 319

- 1.- Los curanderos tradicionales.
- 2.- Los trabajadores sanitarios paramédicos.
- 3.- Los sustitutos elementales de médico y
- 4.- Los sanitaristas de preparación primaria. (54).

Aunque los límites de estas categorías no se encuentren perfectamente bien delimitados ya que con el transcurso de los años los integrantes de cada una de ellas pueden llegar a pasar a otra categoría, podemos mencionar a continuación los rasgos característicos de cada uno de ellos, iniciando con los curanderos tradicionales.

Este primer tipo de auxiliar sanitario, presenta 3 grandes rubros:

- 1.- Los curanderos tradicionales que se remontan a tiempos antiguos y los cuales practican su técnica médica empleando a la innovación de poderes mágicos y fuerzas sobrenaturales para curar. En los países latinoamericanos y en lagunas zonas rurales de África y Asia podemos encontrar a este tipo de curanderos que satisfacen en alguna medida las necesidades de salud.
- 2.- El segundo rubro es aquel que se refiere a los curanderos que a través de los años han aprendido por tradición un conocimiento empírico a base de dietas, hierbas, ejercicio, etc. Así tenemos claro ejemplo en China de acupuntura, la cual no era aceptada por los doctores occidentales sino hasta recientes demostraciones de su efectividad como anestesia, claro que no debemos olvidar que en nuestro país la presencia de estos curanderos no es ajena a las zonas rurales en aquellos lugares alejados de los centros capitales.
- 3.- La tercera forma de personal sanitario que puede ubicarse como curanderos, son charlatanes, que no son más que aquellos estudiantes de medicina que han abandonado la carrera por motivos que no interesan analizar por el momento, pero que no se han retirado de práctica sanitaria sino por el contrario son aquellos que han viajado a algún poblado y para ganarse la vida se han instituido como "doctores". Estos personajes por regular emplean herradamente medicamentos y a la vez aplican remedios preparados por ellos mismos siendo posible incluso, que la actividad ocupe más su tiempo sea la agricultura y solo funjan como "doctores" en sus tiempos libres, por lo que invariablemente no posee consultorios ni un lugar específico para dar sus consultas, acudiendo a los domicilios de los pacientes y por supuesto ajenos a cualquier programa de salud organizado.

Lo que es característico de estos tres tipos de curanderos o personal auxiliar en salud es que todos ellos reflejan la necesidad de servicios de salud no satisfechas de alguna manera científica i sistemática.

Los trabajadores sanitarios paramédicos constituyen el segundo tipo de auxiliares e salud y son producto de las complejidades de la medicina moderna, son aquellas personas que ayudan al doctor, estrictamente supervisadas por este y los cuales llevan a cabo funciones delegadas.

En los países industrializados el número de personal paramédico ha aumentado considerablemente, sucediendo ello aunque proporcionalmente en los países latinos.

Encontramos dentro de esta clasificación varios tipos de auxiliares es la salud como son:

1. Las enfermeras.
2. Los farmacéuticos
3. El técnico de laboratorio o de rayos x.
4. El sustituto elemental del Médico.
5. Y los practicantes formados para la atención primaria.

En seguida explicaremos brevemente cual es el trabajo que estos personajes desempeñan y sus características. Así iniciaremos por las enfermeras, las cuales ocupan un lugar importante como auxiliares de salud, cuya función en los países europeos y en Norteamérica ha sido de gran trascendencia sin embargo el modelo de las enfermeras de países industrializados no es el adecuado para ser aplicado en Latinoamérica, Asia y África ya que si consideramos que los años de escolaridad de una enfermera calificada en Europa y Estados Unidos comprenden los estudios secundarios y después la preparación universitaria, podremos darnos cuenta de que no es posible hablar de verdaderas enfermeras calificadas, en los países latinos incluyendo México, Asiáticos y Africanos donde el nivel de escolaridad es poco frecuente sobre todo entre las mujeres y aquellas que llegan a niveles superiores prefieren estudiar otra carrera que enfermería.

“En América latina, por ejemplo la relación entre médicos y la población ha ido mejorando, pero todavía es menor de la mitad que en Estados Unidos, hay solo aproximadamente 0.33 enfermeras graduadas por doctor, en Estados Unidos, por el contrario, la relación es de 2.0 enfermeras por doctor, de ahí que en relación a la población, solo haya 1/6 de enfermeras graduadas en América Latina por una en la Anglosajona”. (55)

Lo que es frecuente en los países subdesarrollados es el adiestramiento de diversos tipos auxiliares de enfermeras, a las cuales se les imparte un curso de formación práctica de dos o tres meses a un año y son llamadas “auxiliares de enfermería” o “enfermeras auxiliares”, triplicando de esta forma el número en relación con las enfermeras graduadas.

“Estas trabajadoras de salud en teoría prestan sus servicios en hospitales y centros de salud o pequeños puestos sanitarios, supervisadas por una enfermera graduada o un doctor” (56). Sin embargo la realidad es distinta, ya que estas enfermeras por lo general son jóvenes originarias de poblados pequeños y alejados de la ciudad, que están al cargo de alguna pequeña clínica, sin supervisión de doctores a lo sumo, este se presenta una o dos veces a la semana. Por lo que las decisiones relativas a la salud quedan a cargo de la enfermera auxiliar.

Y claro, en el ángulo opuesto existen las enfermeras con estudios y capacitación superior que laboran en los hospitales de las capitales bajo estrictas ordenes del médico.

Opinión del doctor Milton I. Roemer es que “si la América Latina y otras regiones en desarrollo gastaran en la formación de las aldeanas de la salud razonablemente calificadas, lo que gastan en preparar a las muchachas de clase media para hacer de ellas, enfermeras profesionales graduadas, asistentes del doctor, la población rural estaría recibiendo una atención sanitaria mucho mejor”. (57)

Ahora corresponde hablar del segundo tipo de trabajador sanitario paramédico, que el farmacéutico y que en Latinoamérica aún no ha sido reconocido con claridad su función como médico en comparación con Estados Unidos. Así, el farmacéutico tiene sus orígenes en el boticario medieval, que componía remedios y los vendía a la gente. “Fue hasta mediados del siglo XIX cuando los farmacéuticos llegaron a desempeñar un papel paramédico: componer y dispensar medicamentos de acuerdo con las recetas de los médicos”. (58)

Por lo que hace a la tercer clasificación del personal paramédico, nos referimos al técnico de laboratorio o de rayos X, aquel que colabora solo en los diagnósticos, no siendo factible que atienda a los pacientes por si mismos en forma terapéutica. En esta caso también la influencia de Europa y Estados Unidos ha elevado tanto los requisitos educacionales que difícilmente existen suficientes técnicos para cubrir las necesidades de hospitales y centro de salud.

“Por fortuna los Ministerios de Salud de los países en desarrollo suelen proceder a preparar a sus jóvenes, hombres y mujeres para esta labor técnica sin instrucción universitaria. La formación se efectúa casi siempre en instituciones asistenciales, no en escuelas o colegios.

55. Idem.

56. Idem.

57. Idem. Pág. 322

58. Idem. Pág. 323

Milton I. Roemer. Nos habla de un cuarto tipo de personal auxiliar denominado "sustituto elemental del médico". "Este personal se forma para atender por sí mismo muchos problemas de diagnóstico y tratamiento de los enfermos y sólo envía al médico los casos que considera no poder tratar". (59)

Por lo regular estos sustitutos médicos se encuentran en las poblaciones rurales, donde las necesidades de salud abundan y requieren ser satisfechas.

Así Roemer nos señala que el personaje que desempeña esta labor además de ser considerado trabajador paramédico, en la práctica hace las veces de sustituto médico en muchas zonas rurales de los países latinoamericanos.

La enfermera auxiliar latinoamericana, que mencionamos al tratar de los trabajadores paramédicos en la práctica hace de sustituto elemental del doctor en las zonas rurales, "En algunos países latinoamericanos, las personas que primero recibieron formación de inspectores sanitarios (del ambiente) a veces reciben un poco de orientación médica, y son enviados a puestos rurales aislados para hacer el mismo papel". (60)

Para finalizar nuestra clasificación corresponde el lugar a los llamados "practicantes formados para la atención primaria". Siendo de gran interés y ayuda a nuestro estudio el mencionar quienes y como desempeñan este papel en países como lo son Rusia, los países del Commonwealth, Malasia, entre otros.

Milton I. Roemer al respecto considera que muchos países en desarrollo tienen practicantes sanitarios para la atención primaria mejor preparados o paramédicos que han evolucionado respecto del sustituto elemental del médico que vimos anteriormente.

El Feldsher ruso actual, representa el prototipo más perfeccionado de practicante en atención primaria, cuyos estudios son de cuatro años por lo general después de la preparación secundaria y cuya función principal los diferencia de los médicos ya que los primeros laboran como miembros de un equipo en un sistema en el cual predominan la existencia de médico; "mas o menos uno por cada 400 personas" (61).

Originando ello a que su función se encuentre claramente definida: que es la de proporcionar atención auxiliar, no médica definitiva.

En los distritos rurales su misión es prestar servicios preventivos y solo enviar los casos difíciles a los médicos. Por otro lado en las ciudades los feldshers, laboran en las policlínicas u hospitales bajo estricto control médico caracterizándose el desempeño de su actividad por alcanzar diligentísimos niveles profesionales.

Data del siglo pasado, la evolución que los países del Commonwealth han sufrido, creando programas de formación para varios tipos de practicantes sanitarios primarios, debido a la falta de médicos.

En Ceilán donde el doctor Milton I. Roemer realizó un estudio hace algunos años, los practicantes primarios eran llamados "boticarios" debido a que originalmente trabajaban en los hospitales administrando medicamentos. Al transcurso de los años, fueron recibiendo una preparación mayor, dos años después once grados de escuela elemental; destinándoseles a zonas rurales con facultades para diagnosticar y tratar enfermos recurriendo al médico en los casos difíciles.

El estudio realizado en Malasia en el año de 1968, por el mismo Milton I. Roemer revela datos significativos que vale la pena mencionar.

59. Idem. Pág. 324

60. Idem.

61. Idem. Pág. 326

Este país, el pilar de la atención médica primaria en el campo es el “asistente de hospital”, cuya formación es similar a la de la enfermera graduada 3 años de estudios posteriores a la secundaria, enseñándosele a diagnosticar, dar medicamentos y practicar cirugías menores, difiriendo de la enfermera en que el primero no realiza labor preventiva que está a cargo de la segunda, todas estas actividades son realizadas en el centro de salud, cuyos responsables son médicos de carrera completa que visitan al centro aproximadamente una vez a la semana.

Nota característica en los países del Commonwealth, es la diferenciación y deslindamiento de responsabilidades entre los trabajadores sanitarios según el sexo. Ello se debe a los prejuicios sociales que prevalecen en los países donde el sexo masculino es el dominante, así mismo se relaciona con los orígenes históricos de muchos de los auxiliares médicos o practicantes, sanitarios primarios, como ocurría con el feldsher ruso, que originalmente era un soldado en campaña de los ejércitos zaristas después de la Revolución Rusa. La política ha cambiado y actualmente el papel que desempeña la mujer en todas las ramas de la vida social económica, política y cultural a nivel internacional es prioritario, claro ejemplo lo es los feldsher Rusos y los médicos que una gran mayoría son mujeres.

Para finalizar el estudio de los auxiliares sanitarios enumerados cuatro tipos de practicantes sanitarios o sustitutos del doctor que al menos uno de ellos es el más conocido en nuestro país, y que en muchas zonas rurales llega a adquirir una significativa importancia en la atención a la salud, y nos referimos a los siguientes tipos:

- A) .- La comadrona o partera
- B) .- La enfermera dental
- C) .- El asistente de pediatra
- D) .- Los ópticos u optometristas.

Los últimos tres asistentes o sustitutos del médico son conocidos a nivel mundial y desempeñan una labor específica que en breve relataremos.

Por lo que hace a la comadrona o partera, debemos entender por ella, la mujer que ha recibido cierta preparación y capacitación en la atención de los partos y las cuales asisten a los pacientes que no representan un caso grave en la mayoría de los hospitales y clínicas, tanto privadas como del gobierno. Esto sucede en la totalidad de los países europeos y en los países en vías de desarrollo en un porcentaje del 80% del total de parturientas. Como mencionábamos en líneas anteriores solo los casos difíciles son enviados con el médico, sin embargo los casos de excepción a este hecho los constituyen Estados Unidos y Canadá, en los cuales los partos son atendidos por médicos.

“En los países en desarrollo las comadronas con diversos niveles de preparación, son las encargadas de casi todos los alumbramientos en el campo y de la mayoría de ellos en las ciudades. Es probable que en el campo asistan a muchos alumbramientos comadronas no preparadas que han aprendido por la observación y la tradición, pero cada vez son más los casos en que intervienen comadronas preparadas y autorizadas por el gobierno”. (62)

El segundo tipo de practicante sanitario auxiliar, es la llamada enfermera dental, tiene sus orígenes en Nueva Zelanda en el año de 1920, la que en sentido estricto no es una enfermera, sino que más bien proporciona cuidados dentales virtualmente completos a los niños de las escuelas, con muy poca supervisión por odontólogo.

Los asistentes del pediatra que constituyen la tercera forma del sustituto médico primario por lo general son enfermeras que prestan sus servicios a los niños en las zonas rurales.

Y por último el óptico o comúnmente llamado en Estados Unidos optometrista, trata algunos problemas de la vista y generalmente atiende aquellos pacientes que necesitan este servicio sin ser enviados con un doctor.

COMENTARIOS GENERALES PERSONALES

Del análisis de este subtema relativo al personal sanitario auxiliar se desprende una serie de consideraciones básicas que anotaremos a continuación, en virtud de que las mismas nos abrirán el camino hacia una más fácil comprensión del papel que desempeñan estos personajes enumerados en líneas anteriores y su trascendencia en la América Latina.

De esta forma las señalamos:

- 1) En todos los países latinos tanto el personal auxiliar de salud, como los sustitutos elementales del doctor, se encuentran en constante cambio. Ello implica que el papel que desempeñan el personal paramédico se está transformando día a día en el sustituto elemental del doctor y a su vez este último que anteriormente contaba con una escasa preparación, se convierte ahora en el practicante sanitario primario bien preparado.
- 2) El número de médicos con que cuenta un país, en estricta relación con las necesidades sanitarias de su población y su demanda, índice determinantemente sobre las funciones que desempeñan los trabajadores sanitarios auxiliares. Esto se traduce de la forma siguiente: Si son escasos los médicos que atienden a la población del país es sobre los trabajadores auxiliares quien recaerá mayor responsabilidad, aplicándose lo anterior en mayor medida a los practicantes sanitarios primarios que al personal paramédico, que lo constituyen; técnicos, enfermeras, fisioterapeutas, etc., ya que existen en un alto porcentaje estos últimos en los lugares donde la proporción de doctores es igual de alta y la especialización es de primer orden.
- 3) Factores que de igual forma inciden sobre las funciones desempeñadas por los trabajadores sanitarios auxiliares, sin duda son: los sistemas de organización de los servicios de salud, la organización política de cada país; la educación, la filosofía de clases de los sistemas de servicios de salud entre otros. "En los países socialistas por ejemplo, los servicios de salud han quedado predominantemente organizados como servicio estatal, con un pequeñísimo sector privado nada más, pero inclusive en los países no socialistas en desarrollo, la atención sanitaria en la zonas rurales esta en gran parte en manos del gobierno".

Es pertinente agregar que dentro del contexto estatal, la utilización de los trabajadores sanitarios auxiliares es mayor, debido a que son más fáciles de someter a supervisión.

Las actitudes que las autoridades estatales adoptan dentro del contexto político sanitario y la organización de estos sistemas se transforman en un mecanismo alentador o inhibitorio como suele suceder en muchos países del África y de nuestro continente, en los cuales, las actividades de curanderos o sanadores tradicionales cada día es reemplazada por actuales gobiernos, sobre todo aquellos en donde estos personajes tienen su fuente de origen en la mezcla de las culturas indígena y española. En conclusión poco a ningún esfuerzo se ha llevado a cabo para integrar y capacitar al curandero indio en el moderno sistema de salud.

La educación es en si mismo un factor determinante en la formación y progreso de cualquier nación a ello se debe "que los sistemas de educación de diferentes tipos de personal auxiliar de salud, dependen en gran parte del sistema educativo general". Sí pensamos que la educación secundaria; en muchos países como actualmente sucede, esta limitada a ser impartida en las grandes ciudades, solo aquellos hijos de familia de clase media podrían llegar a escalar distintos puestos o empleos sanitarios que no requieran más de cuatro o seis grados de escuela elemental, partiendo que para una chica que después del sexto año de primaria curse la instrucción elemental para algún tipo de trabajador auxiliar, es lógico que la misma encuentre mayores obstáculos para ir ascendiendo, en comparación con los estudiantes de secundaria que terminados sus estudios como auxiliares sanitarios, con un poco más de preparación puede llegar a niveles superiores, Ejemplo claro son los estudiantes de medicina que en un 25% han sido feldshers o ex – enfermeras.

Desafortunadamente los auxiliares sanitarios de nivel educativo inferior en su gran mayoría provienen del campo.

- 4) Otro aspecto fundamental relacionado con el papel de los trabajadores auxiliares sanitarios es la filosofía de los diversos sistemas de salud latinos, en lo tocante el derecho de la población a obtener atención médica.
 “Si los servicios de salud son esencialmente un derecho civil, al alcance de todas sin pagar el precio de mercado los trabajadores sanitarios auxiliares aparecen como parte de un grupo dedicado a cuidar la salud de la gente con funciones determinadas por consideraciones de eficiencia, no por el origen social del paciente. En las Sociedades mixtas a plurales en cambio donde algunos cuidados sanitarios son proporcionados mediante algún sistema organizado oficial y algunos otros se compran en el mercado privado, el papel de los trabajadores sanitarios auxiliares, tienen significado distinto”.
 (63)

En este último caso el sustituto de médico es empleado para dar atención a pacientes de escasos recursos económicos, mientras que los médicos con alta capacitación junto con sus ayudantes paramédicos se reservan a la clase económica solvente.

La realidad de América latina al respecto debería ser más lógica en este sentido; y partiendo de la premisa mayor que el objetivo de la actividad del personal sanitario auxiliar es prestar servicios de salud eficaces y efectivos, se deduciría que los equipos de salud en un abundante empleo de personas auxiliar deben basar sus requerimientos en la tecnología médica y en las necesidades objetivas de los pacientes, por lo que los mismos no deben tener relación alguna con estatutos social y económico del paciente atendido, solo de esta forma podrá asegurarse la llegada tanto en los países industrializados como en desarrollo de un sistema de salud que proporcione servicios sanitarios a todo el mundo.

SERVICIOS AMBULATORIOS

Una vez finalizado el estudio del personal sanitario auxiliar, y su importante papel en la América latina, corresponde abordar el tema de los servicios ambulatorios, sus antecedentes y situación actual.

Iniciaremos nuestro tema, desentrañando el significado de los vocablos “servicios ambulatorios”, lo que entendemos como aquellas instituciones o centros de asistencia dedicados a prestar servicios curativos y en algunos casos preventivos fuera de la institución llamada hospital.

Históricamente la primera forma de organización de los servicios de salud a pacientes no institucionalizados se orientaba hacia los pobres.

En Francia en el siglo XVII y posteriormente en Londres inicialmente se formaron centros de consultas para ayuda de los pobres encontrándose estos lugares independientes de los hospitales, esto sucedió antes de que aparecieran departamentos para pacientes ambulatorios en los hospitales, su actividad principal de estos centros era dispensar medicinas por lo que recibieron el nombre de “dispensarios”.

En el siglo XVII, en lo que ahora son los Estados de Nueva York, Filadelfia y Boston, se organizaron también dispensarios con servicios similares a los creados en Europa.

Fue hasta el siglo XVIII y XIX en Europa cuando los hospitales crearon clínicas para los pacientes ambulatorios, que por lo general se trataban de individuos pobres, ya que en esta época la población acomodada prefería pagar un médico privado, antes de acudir a un centro ambulatorio. Al implementarse el Seguro Social Europeo, los obreros de escasos ingresos, tenían acceso a los médicos privados generales, ya que los honorarios eran cubiertos por la caja del seguro, pero la atención de especialistas era dispensada en la sección de pacientes ambulatorios del hospital.

A pesar de que los obreros podían acudir a estos centros de salud las cajas de seguridad organizaron centros ambulatorios separados del hospital, los cuales recibieron el nombre de “policlínicas”, proporcionando servicios médicos por especialistas.

Las clínicas organizadas para servicios preventivos aparecieron también en Europa a principios del siglo XX, iniciando su fundación entidades voluntarias y posteriormente organismos oficiales se encargaron de esta tarea en bienestar de los infantes, llegando incluso a distribuir leche entre menesterosos. Se organizaron también clínicas para atender a tuberculosos y pacientes contagiosos, por enfermedades venéreas, así mismo aparecieron en las escuelas clínicas dedicadas a realizar exámenes, inmunizaciones y primeros auxilios para los escolares, siendo también en esta época la aparición de puestos de salud para primeros auxilios en algunas fábricas a fin de proporcionar esta ayuda a los trabajadores lesionados. Todas estas ideas surgidas en Europa no tardaron en difundirse por todo el continente Americano.

“En la esfera de la atención médica ambulatoria privada la idea de la organización nació en Estados Unidos donde la diferencia de Europa, el servicio de especialistas no estaba ligado al hospital. En la sección de pacientes ambulatorios para pobres del hospital se podría suministrar cierta variedad de servicios de especialidades, pero para el paciente privado, consultar con su especialista significaba hacer visitar a diferentes lugares. Con el fin de coordinar las especialidades y llevar el servicio a las poblaciones pequeñas se lanzó la idea de clínica médica privada o “práctica de grupo” que empezó por iniciativa de los hermanos Mayo en Rochester, Minnesota en 1887”. (64)

Es en 1920 en Inglaterra, cuando surge otra concepción de los centros de salud auspiciada por Lord Dawson de Penn, quien publicó un informe relativo a la creación y formación de una red de centros de salud que estarían ubicados en cada barrio, y en los cuales se proporcionarían servicios preventivos a cargo de las autoridades sanitarias y el tratamiento primario de medicina general.

Todo esto sería aplicado en beneficio no solo de los pobres sino de quien requiera de ello, integrándose de igual forma los servicios preventivos y curativos correspondientes.

Años después Lord Dawson tuvo algunos otros seguidores como el doctor Herman Biggs, comisionado de salud en Nueva York y J.L. Pomeroy, oficial de salud del Condado de los Ángeles, sin embargo al concluir la primera guerra mundial las anteriores ideas no encontraron tierra fértil para ver sus frutos, aunado que el ambiente de la profesión médica privada se robustecía y surgía la oposición de los doctores a la idea de este tipo de atención médica de los centros de salud que significara una amenaza económica a la práctica privada y la idea de convertirse en servidores a sueldo del estado “por eso la idea del centro de salud pronto se redujo al suministro de servicios puramente preventivos que dejaba el tratamiento al médico privado o para los pobres al dispensario de caridad o a la sección de pacientes ambulatorios de los hospitales. (65)

En realidad la idea del centro de salud se puso en práctica en una colonia Rural Inglesa, con fines exclusivamente preventivos. Aún así por ejemplo en Ceilán en el poblado de Kalutura allá de 1926 se instaló un pequeño centro con personal facultativo que ofrecía exámenes médicos a madres e hijos, inmunizaciones, atención a partos, educación para la salud y servicios de saneamiento del ambiente, sin proporcionar tratamientos ambulatorios, ello se extendió rápidamente entre los países en desarrollo, debido a los problemas agudos de enfermedades infecciosas y a la elevada mortalidad infantil, en Asia, África y América Latina, haciéndose hincapié en la labor preventiva.

64. Idem.

65. Idem.

Otra nación que no detuvo su transformación en materia sanitaria fue Rusia, ya que poco después de la Revolución de 1917 la Unión Soviética reorganizó por completo los servicios de salud, sobre la base de la creación de centros de salud que proporcionaran servicios curativos, integrando los preventivos, "El gobierno socialista se deshizo del médico empresario y los doctores y demás personal de salud fueron contratados con sueldo por para dar servicios tanto preventivos como curativos que abarcaran todo aquel vasto país". (66)

Nota curiosa que surge en el desarrollo histórico de los servicios ambulatorios, es la influencia que los Estados Unidos han impreso en países como Japón y Latinoamericanos ya que la idea del centro de salud integrado en todas estas naciones en un principio no fue aplicada ya que solo se pusieron en práctica las funciones puramente preventivas, así "en América Latina la política del Instituto de Asuntos Interamericanos, creado por Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial, fue promover las funciones preventivas en los centros de salud y no se pasó el enfoque integrado sino a mediados de los años cincuenta". (67)

De igual forma Japón creó varios centros de salud por su nación con funciones preventivas, sin existir relación de estos con el sistema de atención médica por medio de doctores privados o financiado por distintos planes de seguridad.

A manera de corolario es posible detallar por lo menos cinco formas adoptadas de organización de los servicios ambulatorios fuera de los hospitales, que enumeramos a continuación:

- 1) El dispensario separado, para atención de enfermos.
- 2) El Departamento para pacientes externos del hospital.
- 3) Clínicas preventivas especializadas, dependientes de organismos de salud pública, industrias o escuelas.
- 4) Práctica médica privada en grupo.
- 5) Centros de salud con fines preventivos o integrados los preventivos y los curativos.

Una vez que se ha realizado una síntesis histórica de los servicios ambulatorios, corresponde hablar de la situación actual de los mismos en Latinoamérica y de acuerdo con la experiencia y estudios transmitidos por el Doctor Milton I. Roemer.

La tendencia actual se inclina hacia la integración de los servicios ambulatorios aunque o la clínica separada proporciona atención a enfermos y los servicios preventivos proporciona atención a enfermos y los servicios preventivos sólo se encuentran en instalaciones operadas por los Ministerios de Salud. Por otro lado las secciones de pacientes ambulatorios de los hospitales se extiende cada día más y en estos sitios la atención es prestada por especialistas. Ello se manifiesta claramente ya que al incrementarse la especialización de la medicina y la utilización de los servicios médicos las secciones de pacientes externos en los hospitales se ha ampliado, existiendo en proporción mayor los espacios para pacientes ambulatorios, en relación con los internos.

"Los grandes suelen tener muchas clínicas de especialidades para la medicina, cirugía, obstetricia, pediatría y así sucesivamente, por cierto que uno de los problemas más ampliamente percibidos en muchos países es la fragmentación de la atención en estas clínicas especializadas sin que ningún médico primario tenga una visión general del paciente". (68)

66. Idem. Pág. 333

67. Idem. Pág. 334

68. Idem. Pág. 335

En lo tocante a las clínicas preventivas especializadas, su campo de acción se desarrolla respecto de la atención materno-infantil, y algunos casos de enfermedades contagiosas como la tuberculosis y las venéreas. En los países en desarrollo por lo general estos servicios se encuentran inmersos en algún programa general de los centros de salud “las Clínicas para trabajadores industriales de las factorías y para niños de escuelas, por otra parte son comunes tanto en los países capitalistas industrializados como en los socialistas, pero raramente se ven en los países capitalistas industrializados como en los socialistas, pero raramente se ven en los países en desarrollo”. (69)

Algunos casos específicos los encontramos en las clínicas dentales o para alcohólicos, drogadictos y enfermedades mentales, las cuales aumentan en los países industrializados y no así en los latinoamericanos, en relación con los casos de drogadicción y alcoholismo que día a día surgen en países como el nuestro y que requieren de una atención especializada y permanente.

“La práctica médica privada de grupo, tiene su máxima vitalidad en Estados Unidos y Canadá que es donde la medicina privada de especialidades en conjunto tiene mayor fuerza”. (70)

Inglaterra por su parte es modelo a seguir en lo que se refiere a grupos médico generales. Los cuales están compuestos por dos o tres doctores; a pesar de ser grupos reducidos en la actualidad “se considera que a penas el 25% de los médicos generales ingleses, siguen ejerciendo solos”. (71).

Lo más importante de la práctica médica privada inglesa, es que se ha registrado en los últimos años un aumento de médicos que acuden a los centros de salud operados por las autoridades de salud pública a efecto de prestar sus servicios, funcionando este mecanismo de asistencia en que los médicos ven a sus pacientes en estos lugares, pagando una renta al gobierno siendo importante la estrecha y permanente relación de los facultativos con las clínicas preventivas y los servicios de enfermeras del departamento local de salud.

Por último hablemos del centro de salud, que si bien sus orígenes fueron servicios meramente preventivos, actualmente la idea de la integración de estos con los curativos es puesta en práctica a una mayor escala.

Es importante reconocer que el centro de salud, es el lugar donde sin lugar a equivocarnos, la población tiene mayor contacto con la atención científica de salud; y nos referimos en concreto a la Latinoamérica y algunas zonas rurales de Asia y Africa, puesto que en estos lugares el curandero tradicional local es quien proporciona la atención curativa; y solo aquellos difíciles y delicados en donde se aplica científicamente la medicina son enviados al centro de salud.

La diferencia de los centros de salud rurales y los ubicados en las grandes ciudades radica que los primeros presuponen servicios integrados o sea tanto preventivos como curativos que los mismos se encuentran a una distancia considerable de los hospitales ciudadanos, así los centros de salud de las grandes urbes por lo general solo cuentan con atención preventiva.

“En los países en desarrollo cuya economía es un foco más estable, se entiende que el personal del centro de salud consta de un médico, ayudantes auxiliares de enfermería, inspectores de saneamiento, comadronas, dispensador de medicamentos y a veces un técnico de laboratorio. Pero son comunes los vacantes en el puesto de médicos y el resto del personal queda entonces abandonado a sus propios conocimientos. Una norma frecuente es que un centro de salud de este tipo sirva para 20,000 o 30,000 personas, con puestos de salud o subcentros en torno suyo dotados solo de personal auxiliar para más o menos 5,000 personas por cada uno” (72)

Debemos reconocer que en algunos países latinoamericanos como Chile, Venezuela, Jamaica o México sus centros de salud rurales como urbanos tienen doctores y por lo menos aquellos ubicados en los Estados o Provincias reciben periódicamente la visita de un médico o en su defecto de un ayudante médico.

69. Idem.

70. Idem.

71. Idem. Pág. 336

72. Idem. Pág. 337

Respecto a las enfermeras profesionales su existencia en los países latinos se ve condicionada por diversos factores como los son escasa instrucción de las mujeres en comparación con la recibida por los hombres, la estructura social en clases y las actividades respecto del trabajo, todo ello origina que este personal auxiliar no abunde en relación con el porcentaje de médicos existentes y aquellas enfermeras calificadas que si poseen las diversas nociones mencionadas, generalmente las encontraremos en la Ciudades, colaborando junto al médico en los hospitales.

En cambio en los centros de salud rurales, el puesto lo desempeñan auxiliares de enfermería, con menor preparación.

“Podemos explicar estas paradójicas desigualdades sólo en términos de un sistema de valores que pone la salud de la población rural en un nivel inferior al de la urbana”. (73)

En los países industrializados sus centros de salud pueden constituir un modelo a seguir ya que por lo menos en Estados Unidos, Japón y Australia, el centro de salud es el lugar donde el departamento de salud local presta servicios preventivos en un amplio sentido, estos lugares proporcionan una vasta gama de servicios ambulatorios preventivos y curativos a la población por el Ministerio de Salud o en su defecto por el Kupat Holim que no es más que el seguro de salud para los trabajadores. En Rusia y demás países socialistas se aplican las mismas ideas. “Es básicamente la idea que “- sustentan los centros vecinales de salud –“lanzadas recientemente por el U.S. Oficce of Economic Opportunity en los Distritos más pobres de la ciudades norteamericanas. Todos estos centros de salud suelen tener no uno sino varios doctores, entre ellos muchas veces especialistas”. (74)

Recapitulando y concluyendo nuestras ideas respecto de los servicios ambulatorios es necesario mencionar tres directrices fundamentales que sustentan su evolución, organización y vigencia las cuales son:

- 1) La fundación y evolución de los hospitales que atienden enfermos graves, ocasionando un desarrollo prolifero en la especialización de programas de atención médica especializados.
- 2) En sentido opuesto al punto primero, la atención ambulatoria en los centros de salud, intervienen cuando el padecimiento no es grave y en realidad tiende a prevenir enfermedades, motivado por la preocupación de una atención primaria por la orientación general en materia de salud del paciente y su familia en contraste con la terapia especializada de los casos concretos.
- 3) Por último el movimiento de regionalización en materia de salud que se está presentando en casi todas las naciones latinoamericanas, ya que en mayor o menor medida se traduce en la organización a través de sistemas de los servicios de especialistas y de hospital así como los ambulatorios y la medicina general.

Por ende esta coordinación entraña la integración de los servicios curativos y preventivos para los pacientes ambulatorios proporcionados ya sea en dispensarios, centros de salud, o consultorios privados con la atención hospitalaria, y como mencionábamos en la primera directriz, debido a la especialización de la medicina y la técnica médica es necesario que los servicios de salud de los pacientes ambulatorios sean satisfechos por un grupo o equipos de personal sanitario y no en forma limitada a través de un médico aislado.

73. Idem. Pág. 338

74. Idem. Pág. 339

Terminamos nuestro capítulo señalando:

Nuestro Estado tiene varias vertientes, según su forma de conducción. Aplaude un sistema abierto de servicio de salud privado, con las características y consecuencias que ello conlleva, según lo analizamos anteriormente, y por otro lado busca ser un Estado Social.

Ubiquémonos sobre la figura del Estado Social, para que con ello coloquemos en el punto medio su actuación ante la sociedad. No debemos olvidar todas y cada una de las particularidades que estudiamos en los capítulos anteriores.

Ahora bien, el “Estado de Bienestar” debe generar un proceso de redistribución de la riqueza, pues, en principio, las clases inferiores de una sociedad son las más beneficiadas por una cobertura social que no podrían alcanzar con sus propios ingresos.

Por otro lado, casi todos los grupos políticos de las sociedades desarrolladas ejercitan políticas tendentes a conseguir un cierto Estado de bienestar. Pese a ello, sí existen diferencias entre las políticas que en este sentido aplican los partidos de tendencia liberal (que entienden el Estado de bienestar como la garantía de que ningún individuo subsista por debajo de mínimo umbral de calidad de vida) y las formaciones socialistas o socialdemócratas (para las cuales el Estado de bienestar significa la posibilidad de construir una sociedad más justa y solidaria).

Por su parte, este Estado, bajo la perspectiva de querer ser un estado social, debiera contar con un conjunto de instituciones y estructuras comprometidas con la igualdad y la seguridad social. Casi todos los países del entorno europeo son Estados sociales de derecho y, por tanto, comprometidos con los objetivos del Estado social.

El Estado social de forma global se ocupa de proteger a los individuos ante las consecuencias sociales del desempleo y de la incapacidad laboral, la jubilación y la enfermedad, todo ello en medida en que lo estime posible y oportuno.

Del principio de Estado social emanan las obligaciones no sólo del Estado frente a los individuos, sino también del individuo con la sociedad representada por el Estado. Esto supone para el Estado obligaciones como las de ayuda y la protección social, y para el individuo, el comportamiento social y el pago de las cuotas sociales.

Por desgracia, la aplicación de las cuotas en nuestro país es un deterioro a la economía actual del gobernado.

A mayor abundamiento, la solidaridad, en una colectividad o grupo social, es la capacidad de actuación unitaria de sus miembros.

Este es un término que denota un alto grado de integración y estabilidad interna, es la adhesión ilimitada y total a una causa, situación o circunstancia, que implica asumir y compartir por ella beneficios y riesgos.

La solidaridad, muy habitual en las sociedades tradicionales, se produce como consecuencia de la adhesión a valores comunes, que lleva a compartir creencias relacionadas con los aspectos fundamentales de los planteamientos políticos económicos y jurídicos de los grupos sociales.

Para el tratadista **Aldeanueva**, la noción de solidaridad, en auge durante el siglo XIX, mantuvo una vigencia muy extendida en el seno del movimiento obrero, el anarquismo en particular, destacando la postura del pensador ruso Piotr. A. Kropotkin.

Defensor de la idea del 'apoyo mutuo', Kropotkin afirmó que la espontaneidad de las más diversas formas de solidaridad se opone a una concepción de la naturaleza del hombre basada en la hostilidad y la competencia.

Son factores operantes de la solidaridad: una actuación recíproca que los valores personales antepone las normas, costumbres, intereses y valores de la colectividad, considerada como un todo; el sentido de pertenencia a una entidad sociocultural valorada positivamente; una experiencia de relaciones sociales que implican a la totalidad de persona....

Algunos sociólogos mantienen que su vigencia ha desaparecido con el desarrollo de la modernidad, pero en los últimos años están apareciendo muestras y ejercicios de solidaridad a través de la actividad que despliegan numerosas organizaciones de cooperación y asistencia, las llamadas Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). (75)

Esto contradice la posición del Estado, cuando nos demuestra de forma reiterada la idea de otorgar el servicio de salud bajo cualquier figura, siempre que se cubra la expectativa de una contraprestación económica, independientemente del nombre que esta reciba (cuota, pago, aportación, etc.), lo que distancia de la idea de un Estado Social.

Como ultimo comentario, esta nueva figura del Tercer Seguro Público (Seguro Popular), se encamina a cubrir los aspectos de la Salubridad junto con una incipiente prestación del servicio de salud.

G) Ejemplo de institución de Asistencia Social que cumple con el servicio de salud, bajo la aportación eminentemente voluntaria.

ALTERNATIVA DE SERVICIO MEDICO PARA PERSONAS QUE NO CUENTE CON SEGURIDAD SOCIAL.

Hoy, MEXFAM es una asociación civil sin fines de lucro gobernada por voluntarios y especializada en difundir la práctica de la regulación voluntaria de la fecundidad entre los sectores más necesitados de la población mexicana. Su labor comunitaria, que incluye la salud preventiva, también es la lucha contra la violencia doméstica y el cuidado y protección del medio ambiente.

MEXFAM cuenta con 24 clínicas y más de 400 consultorios médicos, así como con un equipo de 270 médicos comunitarios y dos redes, la primera, formada por 1,658 promotores comunitarios de la salud y, la segunda, compuesta por 2,028 promotores juveniles voluntarios del programa Gente Joven.

Durante 40 años de trabajo continuo, MEXFAM ha logrado crear conciencia entre la población de la necesidad de la salud sexual y reproductiva y de la planeación familiar. Ha atendido a más de 5.5 millones de familias, brindándoles servicios de información, educación y atención médica y colaborando, así, a reducir de una manera notable la mortandad materno-infantil.

A través de su programa Gente Joven, cada año llega a más de 2 millones de jóvenes, brindándoles la información y los servicios de salud sexual y reproductiva.

Desde 1969, MEXFAM es la afiliada mexicana de la Federación Internacional de la Planificación de la Familia (IPPF), con sede en Londres, Inglaterra. MEXFAM ha establecido diversos convenios de colaboración con instituciones públicas y privadas en las áreas de su quehacer.

Por los programas y estrategias que ha desarrollado y las publicaciones que edita para la promoción de su trabajo, MEXFAM es pionera en el campo de la anticoncepción en México y un referente para académicos y organizaciones civiles que trabajan en el terreno de la planeación familiar, la salud sexual y la demografía y está considerada en todo el mundo como una organización de avanzada y como modelo para otras agencias de planeación familiar.

Misión

Proporcionar servicios de calidad y vanguardia en la planeación familiar, la salud y la educación sexual, prioritariamente a la población vulnerable de México: los jóvenes y los pobres.

Objetivos

Promover una nueva cultura de la salud sexual basada en la igualdad y equidad de género, en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos y en una mayor participación del hombre en la salud familiar, así como impulsar la facultad de decisión de los jóvenes.

Objetivos.

Ayudar a disminuir los rezagos existentes en salud reproductiva y a enfrentar otros problemas emergentes, como las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH/SIDA, el cáncer cérvicouterino y de mama, así como la violencia intrafamiliar.

Contribuir a una planeación familiar integral, ofreciendo servicios de calidad en salud y educación.

Crear conciencia en la opinión pública sobre las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población vulnerable de México e influir en la adopción de políticas públicas que protejan suficientemente la salud y los derechos de las mujeres y los jóvenes.

Crear conciencia en la opinión pública sobre las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población vulnerable de México e influir en la adopción de políticas públicas que protejan suficientemente la salud y los derechos de las mujeres y los jóvenes.

Beneficiarios

Hombres y mujeres, jóvenes, adolescentes y niños de las áreas más necesitadas del país.

Clínicas y consultorios médicos

MEXFAM cuenta con clínicas y consultorios médicos en 28 estados de la república, en donde se ofrece atención médica general y especializada con equipo de alta tecnología para todos los miembros de la familia, particularmente en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva.

Los servicios de calidad y atención personalizada se ofrecen en las áreas de la planeación familiar, la ginecología, la prevención del cáncer, la pediatría, la urología y la atención a la salud en general. Las clínicas cuentan con servicios de laboratorio y diagnóstico.

Servicios del área de salud

- Salud familiar y medicina general;
- Planeación familiar;
- Atención materno-infantil durante el embarazo, el parto y el posparto;
- Medicina interna y algunas otras especialidades;
- Servicios médicos "amigables" de salud sexual, específicos para jóvenes y adolescentes;
- Laboratorio de análisis clínicos y estudios de ultrasonido;
- Prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y cáncer cérvicouterino y de mama; y

- Otros servicios, como atención psicológica y odontológica.

Servicios y actividades del área educativa

- Cursos de educación sexual en el medio escolar y fuera de las escuelas;
- Cursos de capacitación para docentes y profesionales de la salud;
- Pláticas y cursos para padres de familia;
- Orientación en salud sexual a través de los promotores juveniles;
- Orientación y promoción comunitaria sobre salud preventiva, violencia doméstica, igualdad y equidad de género y protección del medio ambiente;
- Elaboración y difusión de materiales educativos; y
- Participación en eventos juveniles, como conciertos de rock, ferias y festivales, para difundir información sobre la salud sexual integral.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud, MILTON I. ROEMER, siglo XXI, México 1976, página 37.
- 2.- Idem.
- 3.- Idem.
- 4.- Idem. página 38.
- 5.- Idem.
- 6.- Idem.
- 7.- Idem.
- 8.- Idem. Página 40.
- 9.- Idem. página 41.
- 10.- Idem.
- 11.- IDEM página 43
- 12.- CAMARA DE DIPUTADOS. LIX LEGISLATURA. Centro de Estudios Sociales y Opinión Pública. México Distrito Federal 2005. Págs. 38 a 40.
- 13.- Idem. Págs. 42 a 44.
- 14.- Idem. Págs. 45 a 47..
- 15.- Idem. Págs. 48 a 51.
- 16.- Idem. Págs. 52 a 55.
- 17.- Idem. Págs. 56 a 60.
- 18.- Idem Págs. 61 a 64.
- 19.- Derecho de la Seguridad Social. Introducción al Derecho Mexicano. CARRILLO PRIETO, Ignacio. Págs. 187 y 188.
- 20.- Idem. Pág. 188
- 21.- Derecho a la Salud. RAMÍREZ LÓPEZ, Alejandro J. Editorial Sista. Págs.38-41
- 22.- Introducción a la Seguridad Social. Oficina Internacional del Trabajo de la OIT. Ginebra. Ediciones Alfaomega. 1992
- 23.- Derecho de la Seguridad Social. Introducción al Derecho Mexicano. CARRILLO PRIETO, Ignacio. Págs. 44 y 45.
- 24.- Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud, MILTON I. ROEMER, siglo XXI, México 1976. Página 115.
- 25.- Idem. Pág. 111
- 26.- Idem. Pág. 112.
- 27.- Idem.
- 28.- Idem. Pág. 113.
- 29.- Idem. Pág. 114.
- 30.- Idem.
- 31.- Idem. Pág. 120.
- 32.- Idem.
- 33.- Idem.
- 34.- Idem. Pág. 121.
- 35.- Idem.
- 36.- Idem.
- 37.- Idem. Pág. 118.
- 38.- Idem.
- 39.- Idem. Pág. 117.
- 40.- Idem. Pág. 121.
- 41.- Idem.
- 42.- Idem. Pág. 122
- 43.- Idem.
- 44.- Idem.

- 45.- Idem. Pág. 123.
- 46.- Idem. Pág. 125.
- 47.- Idem.
- 48.- Idem. Pág. 126.
- 49.- Idem.
- 50.- Idem.
- 51.- Idem. Pág. 127
- 52.- Idem. Pág. 328.
- 53.- Idem. Pág. 319
- 54.- Idem. Pág. 321.
- 55.- Idem.
- 56.- Idem.
- 57.- Idem. Pág. 322
- 58.- Idem. Pág. 323
- 59.- Idem. Pág. 324.
- 60.- Idem.
- 61.- Idem. Pág. 326.
- 62.- Idem. Pág. 328.
- 63.- Idem. Pág. 332
- 64.- Idem.
- 65.- Idem.
- 66.- Idem. Pág. 333.
- 67.- Idem. Pág. 334.
- 68.- Idem. Pág. 335.
- 69.- Idem.
- 70.- Idem.
- 71.- Idem. Pág. 336
- 72.- Idem. Pág. 337
- 73.- Idem. Pág. 338
- 74.- Idem. Pág. 339.
- 75.- La Salud y sus Sistemas, ALDEANUEVA, Miguel. Editorial Centro de Estudios Socioeconómicos, AC., 1978. Pág. 45

CONCLUSIONES

Dividiremos estas en diversos incisos:

a) Sobre el texto Constitucional actual “El Derecho a la Salud” concluimos que:

El texto resulta confuso e indeterminado, pues señalar a la salud como un derecho dentro del apartado de las garantías, además de la controversia doctrinal que ello genera, no da seguridad al ciudadano para obtener tal servicio, y por el contrario la garantía como tal deja de ser viable.

b) Sobre las Reformas a la Ley General de Salud concluimos que:

Las mismas se dieron bajo el estudio de una realidad distante de la actual en la sociedad mexicana.

Mas aún, enmarcan la figura de un tercer tipo de seguro público, dirigido a una parte de la población, y con ello logra solo cubrir a un sector de la misma: Este tipo de seguro es distinto de los existentes, solo por el hecho de que no cuenta con normatividad propia ni independencia, como la tienen el MSS o ISSSTE, etc.

Las reformas en esta ley determinan que cierto sector de la población gozara de este nuevo sistema de protección a la salud bajo la figura de aportaciones anuales, lo que nuevamente deja fuera a aquel sector de la población que no cuenta con ingresos.

Estas reformas, según nuestro punto de vista personal, están concatenadas, en parte a cubrir una de las obligaciones del Congreso Federal sobre la obligación de legislar sobre Salubridad (art. 73 fracción XVI, anteponiendo tal función al de la salud).

Por consecuencia de ello, la ley mencionada, robustece tal obligación en sus reformas, sin adentrarse al tema propio de la “Salud”.

c) Sobre el concepto de que si El Derecho a la Salud es o no una garantía según nuestra legislación, concluimos que:

Doctrinalmente resulta ser un Derecho, desde el origen y la naturaleza del ser humano, estudiado de tiempo atrás por diversos tratadistas, Contamos como ejemplo para sustentar esto, la doctrina y los tratados internacionales firmados por México como lo es el convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo.

Se ha estudiado incluso como derecho individual y social; este último llamado en últimos tiempos “Derecho humano solidario”, esto es, un derecho social bajo la perspectiva de una corresponsabilidad.

Pero, por otro lado, en nuestra Constitución Federal, aún y que se encuentra dentro del apartado dogmático de las Garantías Individuales, no por ello tiene tal calidad. La razón es que no hay un mecanismo que obligue al Estado a cumplir con ello.

No confundamos los términos por el solo hecho de que el derecho a la salud este enmarcado como garantía constitucional.

d) Sobre la actuación Estado-gobernado frente al problema de salud a nivel nacional concluimos que:

El Estado bajo la obligación frente al gobernado, no ha dado la solución de este conflicto individual y social; y esto lo podemos ver que durante la historia de nuestro país.

Por otro lado, el Estado se ha dado a la tarea de brindar este servicio, básicamente bajo la condición de “aportaciones de los gobernados”, obtenidas principalmente de los asalariados que forman parte de la economía formal.

El Estado no quita de su vista que el servicio de salud se siga otorgando con cargo al bolsillo de la ciudadanía, vía aportaciones, cuotas o créditos fiscales, lo cual hace todavía más difícil que el servicio de Salud pueda brindarse en totalidad a la sociedad mexicana.

Esta postura doble de obligado y de supervisor del servicio, ha permitido que el servicio de salud se encuentre en gran medida en manos de los grupos de mayor capacidad económica que regulen en gran parte el otorgamiento del servicio de salud.

Por otro lado, la forma en que el Estado debe distribuir el porcentaje del ingreso federal destinado a este rubro, es inequitativa, en especial por que depende de la población económicamente activa y formal, y olvida los grupos de gente marginada, en especial las comunidades indígenas.

No se ha entendido que la solución no está en un nuevo tipo de protección a la salud “universal”, esto es, la aplicación del servicio como se da a la fecha. Esta fórmula impide que llegue a todos, de principio por la pluralidad de la comunidad mexicana.

Tampoco se han entendido aspectos como comunicación, cultura e identidad en las comunidades étnicas, de tal suerte que la utilización del servicio en sí, no será lo suficientemente amplio y adecuado, mientras no se cubran las deficiencias lingüísticas del país, (comunicación), no se acepten las identidades sobre la materia de salud entre los mismos grupos y no se les de la posibilidad de elección entre el servicio de salud dado por el Estado (medicina occidental) y la que ellos conocen (medicina tradicional), previa la explicación dada por especialistas que dominen su lengua.

PROPUESTAS

Las propuestas son diversas, pero intentaremos enmarcarlas en los siguientes tres puntos:

La primera, se origina en el hecho de que como juristas, entendemos que todo nace de una norma clara y jurídicamente correcta, para que su aplicación sea la adecuada.

Esto nos induce directamente a la primera propuesta que sería a nivel constitucional, en el siguiente sentido:

= Primera Propuesta:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo IV.

Primer párrafo, sin cambios.

Segundo párrafo sin cambios.

Tercer párrafo

“Toda persona tiene derecho a la protección a la Salud. El Estado esta obligado a proporcionar el servicio de forma gratuita y atendiendo a las necesidades y circunstancias especiales de cada sector de la sociedad y de cada región eminentemente étnica. Le ley de la materia definirá las bases y modalidades

Párrafos subsecuentes, sin comentarios al respecto.

Lo anterior, deriva en la Ley General de Salud y de ahí la siguiente propuesta.

= Segunda Propuesta:

Por consecuencia de las reformas a nivel constitucional, debemos realizar las correspondientes en la Ley General de Salud.

“Artículo 77 Bis 11. El Sistema de Protección Social en Salud será financiado directamente por el Estado, esto es, por la Federación y las entidades federativas. El servicio será gratuito.

Los usuarios afiliados a este servicio podrán realizar aportaciones voluntarias, según sus posibilidades económicas y sus deseos, sin que la inexistencia de las mismas le prohíba el uso del mismo”.

= Tercera Propuesta:

Como tercer propuesta planteamos el siguiente aspecto:

El análisis de aquellas leyes locales que al día de hoy cuentan con algún artículo, apartado o capítulo en materia de salud, con la finalidad de que todas las legislaciones sean acordes con el tema, cumpliendo con lo establecido por los artículos 120 y 124 de la Constitución federal y evitando así las controversias constitucionales que prevé el artículo 105 de la misma y, sin que esto vulnere la autonomía de cada entidad

federativa, ni lo dispuesto por el artículo 115 de la referida constitución por cuanto hace al régimen interior que los Estados deben adoptar.

Para dimensionar como se ha legislado en materia local sobre el tema de salud, poniendo en riesgo su validez, pues no queda lo suficientemente claro si estas leyes son acordes o no a la Constitución Federal, específicamente con el artículo 73 fracción XVI (facultad del Congreso Federal sobre el dictado de leyes sobre salubridad general) en relación con el artículo 3 de la Ley General de Salud y la facultad que tiene cada Estado de expedir sus leyes locales, anexamos una relación adjunta de aquellas leyes que contienen aspectos específicos sobre seguridad social y salud en la actualidad.

Deseamos aclarar que algunas de ellas, como las del Estado de Campeche, reconocen dentro de su apartado de salud, la medicina tradicional de las etnias que se ubican dentro de su territorio.

Anexo.

Leyes que determinan La Salud como obligación en manos Del Estado, respetando y otorgando validez a las Autoridades de las Comunidades Indígenas existentes dentro de sus territorios.

Leyes Federales

Legislación Federal y Derechos Indígenas en México.

Los Derechos Indígenas en la Legislación de los Estados De la Federación Mexicana.

Leyes Estatales

- **Campeche**

Constitución Política del Estado libre y soberano De Campeche.

Ley de Derechos, cultura y organización de los Pueblos y comunidades indígenas del estado de Campeche.

- **Chiapas**

Constitución Política del Estado libre y soberano de Chiapas.

Ley de Derechos y cultura indígenas del estado de Chiapas.

- **Chihuahua**

Constitución Política del Estado libre y soberano de Chihuahua.

- **Durango**

Constitución Política del Estado libre y soberano de Durango.

- **Guerrero**

Constitución Política del Estado libre y soberano de Guerrero.

- **Hidalgo**

Constitución Política del Estado libre y soberano de Hidalgo.

- **Jalisco**

Constitución Política del Estado libre y soberano de Jalisco.

- **México**

Constitución Política del Estado libre y soberano de México.

- **Michoacán**

Constitución Política del Estado libre y soberano de Michoacán.

- **Nayarit**

Constitución Política del Estado libre y soberano de Nayarit.

- **Oaxaca**

Constitución Política del Estado libre y soberano de Oaxaca.

Derechos Indígenas en la Constitución de Oaxaca.

Ley Orgánica de la Procuraduría para la Defensa del Indígena

Ley Estatal de Salud

Ley de Derechos de los Pueblos y Comunidades Indígenas del Estado de Oaxaca.

- **Querétaro**

Constitución Política del Estado libre y soberano de Querétaro.

- **Quintana Roo**

Constitución Política del Estado libre y soberano de Quintana Roo.

Ley de Derechos, Cultura y Organización Indígena del estado de Quintana Roo

Ley de Justicia Indígena del Estado de Quintana Roo.

- **San Luís Potosí.**

Constitución Política del Estado libre y soberano de San Luís Potosí.

- **Sonora**

Constitución Política del Estado libre y soberano de Sonora.

- **Veracruz**

Constitución Política del Estado libre y soberano de Veracruz.